

**Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado
colombiano con deficiencias en estructuras corporales**

Carol Juliana García Vargas

Arbey Jair Peña Peña



Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Bucaramanga
2017

Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado colombiano
con deficiencias en estructuras corporales

Directora
PhD. Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Modalidad de trabajo de grado para optar al título de Psicólogo

Carol Juliana García Vargas
Arbey Jair Peña Peña

Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Bucaramanga
2017

*Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea
apenas otra alma humana*
Carl Gustav Jung

*El mundo se encuentra en una situación complicada, pero a menos que todos empecemos a
dar lo mejor de nosotros mismos, se convertirá en un lugar todavía peor*
Viktor Emil Frankl

A mi más grande tesoro, mis padres, de quienes sigo aprendiendo con su ejemplo a depositar pasión y entrega a cada nuevo proyecto, a ser persistente, a agradecer los logros y aprender de los fracasos, y sobretodo a ser sensible hacia el otro, su experiencia, sus fortalezas, y mi hermano, quien me recuerda la importancia de la sencillez, de la espontaneidad, de disfrutar los detalles, de preguntarse y sorprenderse, y
A toda mi familia, que siempre ha estado presente con su apoyo continuo y amor, demostrándome su incondicionalidad e impulsándome a perseguir nuevas metas.
A mi amigos, pues han sido testigos y parte de mi proceso de crecimiento, como profesional y como persona.
Finalmente, a mi colega, compañero y amigo, por el amor que me brinda en cada detalle, por cada cosa que aprendo a su lado y la linda expericia que ha sido caminar, construir y enfrentar retos de su mano.
Por todos ustedes, por el regalo de su presencia en mi vida, me siento inmensamente agradecida.

Carol Juliana Garcia Vargas

A mi madre y a mi padre por haberme ofrecido lo mejor que cada uno de ellos ha tenido para dar; a ÉL por que su entrega, amor y ejemplo en vida me permitieron construirme paso a paso y recrear así el mundo que vivo, llegando a que ahora habite en mi memoria y mi corazón eternamente; a ELLA por que sea desde lejos o cerca siempre ha estado ahí para mí, siendo su vida e historias la fuente de enseñanzas sobre el amor, la perseverancia, la creatividad y en especial, la capacidad de resurgir que hoy se anidan en mí ser.
A mi hermana que desde su amor incondicional, desde su alegría y disciplina ha inculcado en mí la fé, me ha brindado apoyo, formación y experiecnias llenas de emociones que nos han fortalecido y preparado frente a distintas circunstancias de la vida.
A mi hermano por brindarme protección y fortaleza, por que en el veo un ser inmensamente fuerte y a la vez ser un cofre lleno de sensibilidad, convirtiéndose así en ejemplo para mi amado sobrino (RP).
A mi compañera que en los pensamientos y emociones más pequeños o en las mas grandes ideas y retos que me he propuesto ha estado para mí desde su amor, paciencia, ternura y sapiencia, logrando así construir entre los dos historias llenas de amor y enseñanzas.
A mis amigos y primos quienes en tiempos difíciles o alegres han compartido conmigo ideas, sentimientos, historias y en especial luchas por justas causas que nos alientan a ser mejores siempre.

Arbey Jair Peña Peña

A nuestra docente, mentora y amiga, quien ha sido el apoyo, impulso y guía para construir y alcanzar muchos de nuestros propósitos, ofreciendonos su gran ejemplo como profesional y como persona día a día, por estas y muchas cualidades más estaremos siempre agradecidos y orgullosos.

Índice de contenido

1.	Introducción	10
2.	Justificación	13
3.	Planteamiento del problema.....	18
4.	Objetivos	20
4.1.	Objetivo general.....	20
4.2.	Objetivos específicos	20
5.	Metodología	21
5.1.	Diseño	21
5.2.	Población.....	22
5.3.	Muestra	22
5.4.	Instrumentos:.....	23
5.5.	Consideraciones éticas	27
5.6.	Procedimiento	27
6.	Marco teórico	31
6.1.	Conflicto armado en Colombia.....	31
6.1.1.	Las víctimas del conflicto armado en Colombia.....	34
6.2.	Las deficiencias como componente de la Discapacidad.....	39
6.2.1.	Deficiencias en estructuras corporales.....	43
6.3.	El Dolor.....	46
6.3.1.	Intensidad de dolor percibido.....	49
6.3.2.	Resultados empíricos de investigación de dolor en personas víctimas de conflicto armado y/o con deficiencias en estructuras corporales.	51
6.4.	Funcionalidad familiar	53
6.4.1.	Resultados empíricos de investigación en funcionalidad familiar con personas víctimas de conflicto armado y/o con deficiencias en estructuras corporales.....	56

6.5.	Apoyo social	57
6.5.1.	Definición conceptual del apoyo social	57
6.5.2.	Componentes del apoyo social.....	59
6.5.3.	Resultados empíricos de investigación en apoyo social con personas víctimas de conflicto armado y/o con deficiencias en estructuras corporales.	62
6.6.	Apoyo gubernamental en las personas víctimas de conflicto con deficiencias en estructuras corporales en Colombia.	65
6.6.1.	Marco legal de atención a población víctima y/o con discapacidad (deficiencias) en Colombia.....	66
6.6.1.1.	Las víctimas del conflicto armado en Colombia.	66
6.6.1.2.	Personas con discapacidad.....	73
6.6.1.3.	Personas víctimas del conflicto armado con discapacidad.	75
7.	Resultados	78
7.1.	Análisis estadístico preliminar	78
7.2.	Descripción de datos sociodemográficos.....	80
7.3.	Descripción de las variables intensidad de dolor percibido, satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y apoyo social percibido.....	85
7.4.	Relación entre las variables intensidad de dolor percibido, satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y apoyo social percibido.....	99
8.	Discusión.....	105
9.	Conclusiones	123
10.	Recomendaciones	125
11.	Referencias.....	128
12.	Anexos	156

Índice de tablas

Tabla 1. Número de eventos por hechos registrados en el RUV.	33
Tabla 2. Registro de número de víctimas por hechos registrados en el RUV	37
Tabla 3. Número de personas con deficiencias en estructuras corporales para 2016.	44
Tabla 4. Análisis de consistencia interna para APGAR-Familiar y MOS.	78
Tabla 5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.	80
Tabla 6. Datos sociodemográficos.	80
Tabla 7. Aspectos relacionados a la situación de víctima.	82
Tabla 8. Resultados subescalas del cuestionario MOS.	88
Tabla 9. Relación entre la variable intensidad de dolor percibido, apoyo social percibido y satisfacción con la funcionalidad familiar percibida.	100
Tabla 10. Tabla cruzada para satisfacción con la funcionalidad familiar frente a apoyo social global percibido, Apoyo instrumental y apoyo Afectivo.	102

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Estructura de la CIF. Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).....	40
Ilustración 2. Histogramas de distribución de datos para VAS, APGAR-Familiar y MOSGlobal.	79
Ilustración 3. Departamentos en donde ocurrió el hecho relacionado a la deficiencia.....	84
Ilustración 4. Resultados APGAR-Familiar.	86
Ilustración 5. Puntuación global cuestionario MOS.	87
Ilustración 6. Diagrama de dispersión para las variables intensidad de dolor percibido frente a apoyo social percibido y satisfacción con la funcionalidad familiar percibida.	100
Ilustración 7. Experiencia personal respecto al acceso a derechos o asistencia ofrecida por el gobierno.	151
Ilustración 8. Opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas - Calificación negativa frente al apoyo del gobierno.	152
Ilustración 9. Opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas - Calificación positiva frente al apoyo del gobierno.....	153
Ilustración 10. Opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas - Necesidades importantes de cubrimiento.....	154
Ilustración 11. Apoyo social percibido y red social de personas con deficiencias	155

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencias en estructuras corporales.
AUTOR(ES):	Carol Juliana García Vargas Arbey Jair Peña Peña
FACULTAD:	Facultad de Psicología
DIRECTOR(A):	Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comprender la relación entre la intensidad de dolor físico percibido, la satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y la percepción de apoyo social por una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales. El estudio se desarrolla desde un enfoque mixto con diseño anidado concurrente de modelo dominante, con predominancia del enfoque cuantitativo. Se trabajó con un grupo de 64 participantes, 55 hombres y 9 mujeres, con una edad promedio de 46,46 años, provenientes de distintos departamentos del país, pero en especial de la zona Andina. Para la medición de las variables se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y los cuestionarios VAS, APGAR-Familiar, MOS y entrevista semiestructurada VICA-DF. Como resultados se evidencia la prevalencia de hombres (85,9%), estado civil casado (45,3%), de estrato 1 (62,5%), procedentes del sector rural (67,2%) pertenecientes al departamento de Santander (48,4%). En cuanto a las variables, se identifica que la muestra percibe dolor severo (26,6%) y moderado (42,2%), alta satisfacción con la funcionalidad familiar (82,8%) y apoyo social alto (37,5%) y medio (32,8%); evidenciándose relación estadística significativa entre la satisfacción con la funcionalidad familiar y el apoyo social. Se concluye entonces que la intensidad de dolor como única dimensión medida no guarda relación con la satisfacción con la funcionalidad familiar ni con el apoyo social percibido, sin embargo, la funcionalidad familiar si guarda relación estadística significativa con el apoyo social (global) y las sub escalas de apoyo afectivo y apoyo instrumental. En cuanto al abordaje cualitativo, los hallazgos permiten entrever que la experiencia de las personas frente a cada una de las variables resulta enriquecer y brindar información para comprender de manera más amplia la experiencia en torno a estas.

PALABRAS CLAVES:

Víctimas, conflicto armado, deficiencia, Dolor, Funcionalidad familiar, Apoyo Social.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Pain family functionality and social support in victims of the Colombian armed conflict with deficiencies in corporal structures.

AUTHOR(S): Carol Juliana García Vargas
Arbey Jair Peña Peña

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the relationship between the intensity of perceived physical pain, satisfaction with perceived family functionality and the perception of social support by a sample of Colombian armed conflict victims with a deficiency in body structures. The study develops from a mixed approach with the concurrent design of dominant model, with predominance of quantitative. We worked with a group of 64 participants, 55 men and 9 women, with an average age of 46.46 years, in different countries of the country, but especially in the Andean zone. A sociodemographic data sheet and the VAS, APGAR-Familiar, MOS and VICA-DF semi-structured interview, unstructured questionnaires were used to measure the variables. As a result, the prevalence of men (85.9%), marital status (45.3%), stratum 1 (62.5%), coming from the rural sector (67.2%) (48.4%). As for the variables, severe (26.6%) and moderate (42.2%), high satisfaction with family functionality (82.8%) and high social support (37.5%) were identified and medium (32.8%); evidencing a significant statistical relationship between satisfaction with family functionality and social support. It concludes that the intensity of pain as the only measure is not related to the satisfaction with the family functionality with social support, however, the family functionality if it has a significant statistical relationship with the social support (global) and sub-scales of affective support and instrumental support, which reflects that the people of the sample meet and are part of a network of primary support that meet their needs, especially influences and instrumental. As for the qualitative approach, the findings allow the experience of the individuals in each of the variables to enrich and provide information to understand the broader experience of these.

KEYWORDS:

Victims, Armed Conflict, Deficiency, Pain, Family Functionality, Social Support.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencias en estructuras corporales.

1. Introducción

Lo más inexplicable de todo lo observado es el hecho que hemos comprobado una y otra vez en medio de nuestro más aturdido asombro y es que los dichos bípedos se atacan unos a otros sin razón o motivo alguno que parezca poder justificar la agresión. Esto a veces entre individuos a veces entre grupos y a veces entre clanes enteros por largos períodos. Nada hay en nuestros propios conceptos que pueda explicar tan absurda conducta.

Jaime Garzón

La población colombiana a través de los años se ha enfrentado a diversas problemáticas de tipo económico, social y político que han desembocado en violencia. Sin embargo, el conflicto armado perpetrado por grupos armados ilegales y la fuerza pública por más de 50 años, resulta ser protagónico por su fundamento como conflicto socio-político, dejando cientos de miles de víctimas de diferentes hechos, muchas de las cuales han pasado desapercibidas, no solo por la estrategia de ocultamiento de los actores armados sino por la normalización de la violencia y la indiferencia social e institucional (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

El estudio de las variables que influyen en el estado de salud física y mental de las personas víctimas de conflicto sigue siendo un foco importante de abordaje desde la psicología como disciplina, esto debido a la necesidad de dar respuesta a la responsabilidad que como sociedad se tiene con esta población, mediante un abordaje contextualizado y que tenga en cuenta las condiciones particulares de la población.

En respuesta a lo anterior, el presente estudio mostrará la relación entre las variables: dolor, funcionalidad familiar y apoyo social evaluadas en personas víctimas de conflicto armado con deficiencias en estructuras corporales, atendiendo a las consideraciones teóricas que

advierten acerca de la importancia de las variables en el estado de salud general del individuo, así como la condición de doble vulnerabilidad que caracteriza a la población objeto de estudio.

Siendo así, se partirá por justificar la pertinencia del abordaje de las variables ya mencionadas en la población víctimas de conflicto armado y el planteamiento de estado del problema que buscará darse una solución a través de la ejecución de la investigación. Posteriormente se darán a conocer los objetivos que orientarán el desarrollo del trabajo, así como el planteamiento metodológico que guiará su ejecución. Luego se presentará el abordaje marco teórico y empírico que servirá para dar a conocer el estado actual de las variables que serán estudiadas; siguiendo con los resultados encontrados que dan salida a cada uno de los objetivos planteados, su discusión a la luz de las investigaciones que tienen en cuenta las variables estudiadas en población víctimas de conflicto con deficiencias en estructuras corporales o población en condiciones similares y se cerrará mostrando las principales conclusiones y recomendaciones fruto del análisis presentado.

En este sentido y para un mejor entendimiento del abordaje que se presentará, es preciso destacar que, para comprender el concepto de *deficiencia*, este debe abordarse desde su relación complementaria con la *discapacidad*. Inicialmente, la discapacidad es entendida desde una visión negativa y de enfermedad como componente incluido en la *Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías [CIDDM]* de 1980. Sin embargo, bajo el nuevo modelo de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [CIF]* propuesto en 2001 (Organización Mundial de la Salud, 2001) el daño en estructuras corporales y funcionales (deficiencia), sumado a limitaciones de la actividad y la restricción en participación, terminarían por llevar al individuo a la discapacidad. Por tanto, desde una lectura multidimensional del estado de salud del individuo, la deficiencia no debe

ser entendida como determinante de discapacidad, pues se estarían pasando por alto barreras u obstáculos que impone el contexto y la sociedad, los cuales tal como se expone en el abordaje teórico del presente estudio, son en sí los factores que agudizan o intensifican la situación del individuo, sin embargo, es difícil desligar los términos atendiendo a su complejidad y complementariedad.

Vale aclarar que, entre la revisión adelantada, se destaca la existencia del término “disablement” que significa discapacitación (propuesto en la CIDDM en 1980), este posteriormente se equiparó al castellano como discapacidad, más tarde fue reemplazado por el término “Disability” (discapacidad), produciéndose así una confusión terminológica que interfiere en la revisión de resultados de investigación, ya que como afirman Egea y Sarabia (2004) “al hacer revisiones históricas de ciertos textos, nos veremos obligados a pensar si éstos hacen referencia a conceptos manejados antes o después de la aparición de la CIF” (p. 10). En consecuencia, atendiendo a dificultad que esto implica, el término *persona con discapacidad* continuará apareciendo a lo largo del desarrollo de este trabajo en el momento que sea necesario, puesto que estos términos corresponden a los habitualmente utilizados para referirse o incluir en un sector de la población a las personas con deficiencias en estructuras o funciones corporales.

Siendo así, se abordaron las variables dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en personas víctimas de conflicto armado con deficiencias en estructuras corporales, evitando así catalogarlas prematuramente como personas con discapacidad; puesto que los componentes de: limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, no fueron concebidos como objeto de investigación.

2. Justificación

En Colombia son consideradas y reconocidas como víctimas aquellas personas (civiles o miembros de la fuerza pública) que han sufrido daños de forma directa o indirecta por hechos ocurridos desde el 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones o de violaciones graves a los Derechos Humanos o al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado interno (Artículo 3, Ley 1448, 2011); a 1 de septiembre de 2017 se registran 8.532.636 personas víctimas de los diferentes hechos reconocidos dentro del marco del conflicto armado colombiano, hallándose mayor prevalencia de Desplazamientos (85.2%), Homicidios (11,7%) y Amenazas (4,3%) (Red Nacional de Información, 2017)

Por otra parte, según el *Observatorio Nacional de Discapacidad* del Ministerio de Salud y Protección Social (2017a), a corte de mayo de 2017, en Colombia se reportaron 1'319.864 personas con discapacidad. Siendo así, el Registro Único de Víctimas (Red Nacional de Información, 2017) afirma que, de la población de víctimas de los diferentes hechos dentro del conflicto armado, 214.960 personas se encuentran con discapacidad a 1 de septiembre de 2017.

Teniendo en cuenta lo anterior, la legislación colombiana reconoce y ofrece garantías de derechos a las víctimas del conflicto armado, reconociendo dentro de estas a las personas con deficiencia estructuras y funcionales limitantes como uno de los grupos con mayor riesgo a vulneraciones, por tanto, requieren especiales garantías y medidas de protección (Ley No. 1448, 2011). De igual forma, el Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) afirma que las personas víctimas de conflicto con algún tipo de deficiencia estructural o funcional, se encuentran en un estado de "doble condición" de vulnerabilidad (Counter, 2017), ya que no solo sufren los efectos y daños causados por los hechos propios del conflicto, sino, conviven a diario con los factores contextuales que se convierten en barreras u obstáculos.

Entonces, en relación a la situación de vulnerabilidad de las personas víctimas de conflicto, para Traue, Jerg-Bretzke, Pflingsten y Hrabal (2010) los sentimientos negativos (rechazo y pérdida), también referidos como experiencias dolorosas, crean modelos de estímulo neuronales similares a los creados por el estímulo nocivo (afectaciones físicas), por tanto, las personas traumatizadas y socialmente marginadas, no solo pueden llegar a padecer trastornos psicológicos, sino además mostrar altos niveles de dolor físico aún después de que el cuerpo se ha curado.

Teniendo en cuenta lo anterior, el afecto negativo (ira, la culpa, el temor y el nerviosismo) representa para la persona un estado general de distrés, llevándola a percibir más intensamente el dolor (Silva et al., 2012) e impactando negativamente en su calidad de vida (Chou et al., 2009). Así mismo, Larizgoitia et al. (2011) afirman que las víctimas de violencia colectiva presentan mayor percepción de discapacidad y menor calidad de vida que la población general, con secuelas físicas, emocionales y sociales de carácter crónico.

Por tanto, la sensación de dolor se convierte en un factor de riesgo para que la persona afectada presente discapacidad, puesto que el dolor en estado crónico se relaciona con esta variable de manera temporal o permanente (Olaogun, & Kopf, 2010). Así mismo, Suso-Vergara y Suso-Ribera (2012) resaltan que la presencia de deficiencias estructurales o funcionales (discapacidad) y el dolor tienen grandes consecuencias funcionales y psicológicas en las personas, puesto que quienes perciben dolor intenso, tienden a dar cuenta de un aumento en su discapacidad y peor percepción de calidad de vida.

Por otra parte, en contextos de conflicto las redes sociales se configuran como espacios que prestan cuidado, atención y apoyo a través de la creación de lazos de identidad y arraigo afectivo (Aguilar, 2005, citado por Ávila-Toscano & Madariaga, 2010). Así mismo, la familia se considera como el entorno más cercano e importante en la vida de una persona,

pues se asume como factor protector para enfrentar las adversidades generadas por el medio externo (Bulut, Oguz & Sahin, 2010, citados por Díaz, Arrieta & González, 2014).

Entonces las relaciones interpersonales, el rol de las redes de apoyo social y personal, entendidas como familia, amigos y pares, son determinantes en el proceso de protección y recuperación luego de las experiencias traumáticas (Londoño, Sicachá y Gonzáles, 2011); además, este tipo de relaciones son de gran importancia pues contribuyen a sobrellevar la condición de pobreza en la que se encuentran inmersas las víctimas, gracias al intercambio de favores que se convierten en indispensables (Caicedo, 2011). Sin embargo, las deficiencias en estructuras corporales asociadas al movimiento pueden llevar a las personas a interpretar negativamente aspectos ambientales, factores personales y la interacción con los demás (González et al., 2012), situación que puede impactar su vínculo familiar y social.

En relación a la condición de víctima del conflicto armado, el Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) destaca que en las víctimas influyen aspectos como el tipo de apoyo recibido, las respuestas sociales frente a los hechos y a las víctimas, y las acciones u omisiones del Estado, en especial de las Fuerzas Militares y de Policía y de la justicia, pues son los organismos encargados de brindar protección a la población; las fuerzas militares también han hecho parte del proceso de violencia, y que el Estado Colombiano ya sea por acción o por omisión está en deuda con las víctimas (Caicedo, 2011).

En este sentido, existen marcos o normas jurídicos como la Ley 361 de 1997, que establece los mecanismos de integración social de las personas con limitación; la ley 1346 del 2009, por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados o la ley 1618 de 2013, que establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con deficiencias y limitaciones.

De igual forma, Ospina y Piracón (2010) afirman que, en esta población, especialmente en aquellos que han sufrido afectaciones físicas por el conflicto, las personas requieren atención médica oportuna, atención psicológica prolongada y fortalecimiento de sus redes sociales de apoyo, por causa de sus heridas físicas y psíquicas. Téngase en cuenta también que la pérdida de estructuras corporales lleva a limitaciones de leves a severas en la movilidad (Echávez, 2010) y con esto en la ejecución de actividades de la vida diaria.

Finalmente, Verdugo (1998, citado por González, Astudillo, & Hurtado, 2012) afirma que las investigaciones adelantadas en la actualidad se han centrado en el individuo y sus limitaciones, prestando poca atención a la influencia del entorno y sus condiciones en la calidad de vida de las personas con deficiencias en estructuras corporales asociadas al movimiento (discapacidad). Así mismo, la falta de datos rigurosos sobre la discapacidad puede dificultar la comprensión e impedir que se ejecuten acciones para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación de las personas con discapacidad (deficiencias estructurales y funcionales) (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Además, la situación de pobreza y exclusión a la que se ve expuesta esta población, no serán eliminadas hasta el momento que se dé un cambio de tipo estructural (como estado y sociedad) a nivel internacional (Barnes, 2010), la situación de doble vulnerabilidad de las víctimas de conflicto con deficiencias, debe asumirse también multidimensionalmente. Esto amerita un análisis no solo basado en la evaluación de variables posiblemente asociadas a su situación; sino que además se incluya la voz de las víctimas (Roldán, 2007), explorando la experiencia que estas han construido desde su doble condición de vulnerabilidad frente a la relación con los distintos actores sociales.

Lo anterior, permitirá continuar estableciendo un panorama más claro y contextualizado que sirva de base para intervenciones donde el profesional reconozca los significados, códigos e interpretaciones que manejan los sujetos (Rodríguez, 2016), puesto que estas juegan un papel crucial en la recuperación emocional, moral, sociocultural y política de las comunidades (Villa, Londoño & Barrera, 2015). Así mismo, como lo exponen López, Pérez y Pineda-Marín (2016). “los daños psicológicos de la guerra no solo pueden considerarse como una enfermedad mental centrada en la persona que sufre, sino como un tipo de enfermedad sistémica, enmarcada en un contexto socio-cultural, político y geográfico, cuyos procesos de ayuda psicoterapéutica también deben pensarse y adaptarse a dichas situaciones” (p. 146).

3. Planteamiento del problema

Las personas víctimas de conflicto con deficiencias en estructuras corporales que además perciben dolor físico se enfrentan a un estado de doble vulnerabilidad, puesto que no solo están en riesgo de que su deficiencia cause limitaciones incapacitantes, o que la sensación de dolor se intensifique, sino también se enfrentan a consecuencias sociales y familiares producto de su experiencia dolorosa.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe resaltar el modelo conceptual de Abello y Madariaga (1999) y Molina (2005), quienes establecen que las diferentes interacciones sociales presentes en la red personal, obedecen a relaciones con la familia inmediata y extensa, los amigos, vecinos y los miembros de la comunidad, e incluso se establecen vínculos con programas de carácter social, político o gubernamental.

Siendo así, en la presente investigación se tendrán en cuenta para ser estudiadas (desde la percepción del individuo) variables dolor físico, funcionalidad familiar y apoyo social; relacionadas al sistema familiar y los amigos cercanos, la comunidad y la institucionalidad, como las principales redes significativas y proveedoras de apoyo para la población víctima de conflicto armado con deficiencias estructurales en Colombia. En este sentido, se destaca que los grupos de apoyo social ejercen un efecto protector y rehabilitador que impacta en su salud y mejora las condiciones limitantes del contexto, pues este apoyo surge como necesidad a partir del tipo de deficiencia presente; el cual se espera sea provista por personas cercanas o las instituciones gubernamentales (González, Astudillo, & Hurtado, 2012).

Por otro lado, desde el modelo multidimensional y biopsicosocial de discapacidad propuesto por la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001), equiparar la discapacidad a la enfermedad es erróneo, así como lo es también asociar las deficiencias en estructuras

corporales de una persona como una razón para presentar discapacidad e incluso establecer como discapacidad la calidad en la ejecución de cierto tipo de actividades.

Entonces, el propósito de este estudio busca dar solución a la siguiente pregunta de investigación, *¿Cómo se relaciona la intensidad de dolor físico percibido, la percepción de apoyo social y la satisfacción con la funcionalidad familiar percibida en una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales?*

4. Objetivos

Objetivo general

Comprender la relación entre la intensidad de dolor físico percibido, la satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y la percepción de apoyo social por una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales.

Objetivos específicos

- Describir sociodemográficamente a las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias en estructuras corporales participantes.
- Estimar la intensidad del dolor físico percibido, la satisfacción con la percepción de funcionalidad familiar y la percepción de apoyo social de una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales.
- Determinar el grado de relación entre la intensidad del dolor físico percibido, la satisfacción con la percepción de funcionalidad familiar y el apoyo social percibido de una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales.
- Complementar los resultados descriptivos y la relación entre las variables a partir de la experiencia de apoyo social registrada de una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales.

5. Metodología

Diseño

La investigación se desarrolla a partir de un enfoque mixto con diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC), con predominancia CUAN/cuali. El enfoque *cuantitativo* es de tipo no experimental, de corte transversal, con alcance correlacional. El enfoque *cualitativo* se basa en un diseño fenomenológico empírico, puesto que su esencia está en explorar, describir y comprender la experiencia compartida de los individuos frente a un fenómeno determinado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

El DIAC es un diseño desde el cual de manera simultánea se colectan datos cuantitativos y cualitativos, pero a diferencia del diseño de triangulación concurrente hay un método predominante y uno con menor prioridad que se ha incrustado, teniendo como posible objetivo el responder a distintas preguntas de investigación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), es decir, los datos recolectados pueden compararse o mezclarse en la fase de análisis. Según Creswell et al. (2008, citado por Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) ambas bases de datos pueden proporcionar visiones distintas del problema considerado, llevando a que el investigador posea una visión holística del asunto en estudio como principal ventaja; además es necesario que el equipo investigador tenga un abordaje o conocimiento previo del fenómeno y rigurosa revisión de literatura que pueda responder a las discrepancias o concordancias evidenciadas por los datos. Siendo así, Creswell (2009, citado por Sánchez, 2015) puntualiza que, debido a la diferencia de prioridad, la aproximación puede mostrar inequidades cuando se interpretan los resultados finales, es decir, enfatizar más en lo cuantitativo o en lo cualitativo.

Para el caso de presente estudio, se utilizó la estrategia de integración o validación denominada Combinación, en la cual, “la información obtenida por un procedimiento

proveniente de un enfoque se integra de forma secundaria en otro que se viene desarrollando como método principal” (Blanco, & Pirela, 2016, p. 107), así pues, los resultados hallados en el enfoque dominante o principal (cuantitativo) serán fortalecidos agregando los resultados del enfoque de menor predominancia (cualitativo) (Blanco, & Pirela, 2016) logrando equilibrar las debilidades o inconsistencias del enfoque cuantitativo con los hallazgos del enfoque cualitativo, tal como lo explican Blanco (2012, citado por Blanco, & Pirela, 2016) y Sánchez (2015).

Población

El proyecto se llevó a cabo con personas víctimas de conflicto con deficiencia en estructuras corporales; hombres y mujeres, mayores de edad, sin distinción de raza u origen étnico, orientación sexual, características sociodemográficas o grado de deficiencia en estructuras corporales; contactadas a través de organizaciones públicas o privadas del departamento de Santander dedicadas a brindar asistencia a la población víctima del conflicto en Colombia y población con deficiencia en estructuras corporales.

Muestra

Se establece una muestra no probabilística, mediante un muestreo en cadena (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) para el enfoque cuantitativo, para un total de 64 personas participantes, de la cual se establece una sub-muestra autoseleccionada (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) para el enfoque cualitativo con un total de 30 participantes.

Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión: (1) Reconocerse como víctima del conflicto armado colombiano bajo el principio de buena fe y atendiendo a la definición de víctima establecido por la ley 1448 de 2011 y en la Ley 975 de 2005 para los miembros de la fuerza pública; (2) Presentar alguna deficiencia en las estructuras corporales, aclarando que

dicha deficiencia podrá ser o no consecuencia de un hecho conexo al conflicto armado; (3) Ser mayor de 18 años de edad y (4) Aceptar libremente su participación y firma de consentimiento informado para la aplicación del protocolo de investigación.

En cuanto a criterios de exclusión se consideró: (1) Poseer solo una de las condiciones de la población (reconocerse como víctima directa del conflicto armado colombiano o poseer deficiencia en estructuras corporales.) y (2) Poseer deficiencia en las estructuras y funciones de la articulación de la voz y el habla, en magnitud moderada a grave.

Instrumentos:

a. Ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3): elaborada por los investigadores para el presente estudio. Pretende recoger información relacionada a:

- Datos sociodemográficos: edad, género, lugar de residencia y procedencia, estado civil, nivel de escolaridad, nivel de ingresos, nivel socioeconómico, situación laboral actual, ocupación y fuente de ingresos.
- Características de la deficiencia: cambio en la estructura corporal; según calificador 2 de la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001).
- Aspectos relacionados a la situación de víctima: hecho o hechos de los cuales fue víctima, periodo de ocurrencia del hecho victimizante relacionado con la deficiencia (si es el caso), lugar donde ocurrieron los hechos o hechos de los cuales fue víctima.

b. Pain Visual Analog Scale (VAS, Escala Visual Análoga) (Scott & Huskisson, 1976) (Anexo 4): Esta escala, debido a su sensibilidad demostrada en distintos ámbitos clínicos y de salud (Duncan, Bushnell, & Lavigne, 1989; Labronici, dos Santos, dos Santos-Fhilo, Santos, Labrocini, & Penteado da Silva, 2016; Machado, Ramírez, & Salazar, 2016; Vélez, & Álvarez, 2010) resulta ser uno de los métodos más óptimos

para medir la intensidad de dolor físico percibido por el sujeto (Kahl, & Cleland, 2005; Wewers, & Lowe, 1990). Se basa en una línea de 10 cm, donde el extremo inferior (cero = 0 cm) indica el mínimo dolor experimentado y el extremo superior (diez = 10 cm) indica el máximo dolor experimentado, el paciente indica con una marca en cualquier espacio a lo largo de la línea la intensidad del dolor (físico) que siente. Según indique el sujeto, la intensidad de dolor se clasifica como dolor leve (0 a 3), dolor moderado (4 a 7) o dolor severo (8 a 10). Tal como lo indican los autores, las descripciones que acompañan los extremos de la línea no poseen redacción compleja, sino cortas, concretas y de uso común, éstas son "*NO DOLOR*" (extremo 0) y "*DOLOR SEVERO*" (extremo 10).

- c. ***El APGAR-Familiar (Smilkstein, 1978) (Anexo 5):*** Es una escala que refleja el estado de funcionamiento familiar según la perspectiva y satisfacción del paciente respecto a las relaciones con sus familiares. Se compone de 5 preguntas cerradas con tres posibilidades de respuesta: casi nunca (0 puntos), a veces (1 punto) y casi siempre (2 puntos), estas hacen referencia a los componentes funcionales como: adaptación, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Para el presente estudio se utilizó la versión validada por Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996) la cual reportó un alfa de Crombach de 0,84 en pacientes usuarios de centros médicos y se ha utilizado frecuentemente en distintos tipos de población en Colombia (Alzate et al., 2013; González & Díaz, 2015; Quitian, Ruiz, Gómez & Rondón, 2016; Velásquez, López, López, Cataño & Muñoz, 2011) La interpretación de los resultados se hace según los mismos rangos establecidos por Smilkstein (1978) pero asumiendo la propuesta de Gómez y Ponce (2010), de la siguiente manera: 0 – 3 = Baja satisfacción de la función familiar, 4 – 7 = Media satisfacción de la función familiar y 8 – 10 = Alta satisfacción de la función familiar.

d. Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social - MOS (Sherbourne y Stewart, 1991) (Anexo 6): Traducido, re-traducido, adaptado y validado para Colombia por Londoño et al. (2012). Este instrumento evalúa el apoyo social percibido por las personas a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta entre 1 y 5 puntos (nunca/pocas veces/algunas veces/la mayoría de las veces/siempre), para una sumatoria total que puede ir de 19 a 95 puntos, bajo las siguientes dimensiones a) Red de apoyo social: número de personas que conforman la red de apoyo social -amigos y familiares- (1 ítem); b) Apoyo social emocional/informacional: el soporte emocional, orientación y consejos (8 ítems); c) Apoyo instrumental: la conducta o material de apoyo (4 ítems); d) Interacción social positiva: caracterizado disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas (4 ítems) y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto (3 ítems); arrojando un puntaje global y uno por cada una de las dimensiones ya mencionadas. En su validación colombiana la escala tuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .941 para el total de la misma y para las dimensiones el alfa se reportó entre .921 y .736, en población sana. Ha sido utilizada en población de estudiantes universitarios, hombres y mujeres en contexto médico, mujeres gestantes, adolescentes escolarizados, entre otras.

Para su calificación en la presente investigación fue necesario distribuir los datos en grupos homogéneos en su interior (menor varianza) y heterogéneos y diferenciables entre sí (mayor varianza) a través de la técnica de estratificación óptima propuesta por Dalenius y Hodges (1959) hallando como puntos de corte para su calificación e interpretación de la percepción de apoyo social, a saber:

- **Apoyo social global:** 85 a 90 puntos (Alta), 65 a 79 puntos (Media), 19 a 64 puntos (Baja).

- **Apoyo Emocional:** 35 a 40 puntos (Alta), 25 a 34 puntos (Media), 9 a 24 puntos (Baja).
 - **Apoyo Instrumental:** 19 a 20 puntos (Alta), 13 a 18 puntos (Media), 4 a 12 puntos (Baja).
 - **Interacción Social Positiva:** 17 a 20 puntos (Alta), 13 a 16 puntos (Media), 4 a 12 puntos (Baja).
 - **Apoyo Afectivo:** 14 a 15 puntos (Alta), 11 a 13 puntos (Media), 3 a 10 puntos (Baja).
- e. ***Entrevista semi-estructurada para víctimas del conflicto armado con deficiencia en estructuras corporales (VICA-DF)(Anexo 7):*** esta entrevista semiestructurada pretende conocer la percepción de apoyo social y gubernamental a través de 13 preguntas abiertas que indagan sobre los beneficios o tipo de asistencia otorgada a las personas víctimas del conflicto armado con deficiencia en estructuras corporales; su experiencia personal respecto al acceso a derechos, beneficios o asistencia ofrecida por la institucionalidad gubernamental; opinión y valoración de papel de la institucionalidad gubernamental frente a las víctimas del conflicto armado, y el apoyo social relacionados con la percepción de dolor físico, deficiencia y situación de víctima de conflicto.

Ha sido diseñada por los investigadores como producto académico para la asignatura "Taller de investigación" de la Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga, y sometida a validación de contenido por parte de jueces expertos, teniendo como criterio de elección de los mismos su experticia en las áreas de psicología social y de la salud, y analizada a través del Modelo de Lawshe modificado por Tristán (2008) de cálculo del VCR' (Relación de validez del contenido) para establecer el consenso entre los jueces, con Content Validity Ratio= 0,67 e Index

Validity Content= 0,97; demostrando que los ítems son unidades de análisis esenciales.

Para efectos de la presente investigación se tendrán en cuenta los hallazgos obtenidos en relación a: (1) experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno, (2) opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto y (3) apoyo social percibido y red social

Consideraciones éticas

La investigación se acoge a las disposiciones legales declaradas en la Resolución 8430 de 1993 por la cual se decretan los procedimientos de Consentimiento Informado y Asentimiento Informado, y la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el marco deontológico y bioético del ejercicio de la Psicología en Colombia; se emplearon dos consentimientos informados, uno por el cual se aprueba y acuerda la participación en el estudio mediante la aplicación de la batería de pruebas (enfoque cuantitativo) descrito en el Anexo 1, y otro opcional por el cual las personas brindan autorización para grabar el audio de la entrevista semiestructurada (enfoque cualitativo), descrito en el Anexo 2.

Cabe mencionar, que a los participantes se les ha comunicado que los datos e información suministrada serán utilizados únicamente para fines académicos e investigativos, salvaguardando la confidencialidad y sus derechos. En la investigación no se presenta conflicto de interés, ya que no existe beneficio secundario relacionado a dicho estudio, ni personas cercanas o con lazos de consanguinidad que pudieran hacer parte de la muestra.

Procedimiento

- 1. Revisión teórica y selección de instrumentos:** se llevó a cabo una búsqueda de información bibliográfica; referentes teóricos y empíricos acerca de las variables

estudiadas (dolor, apoyo social, apoyo gubernamental, funcionalidad familiar), así como de las características propias de la población de interés, a través de diferentes bases de datos: Science Direct, SCOPUS, Portal regional de la BVS, SCIELO y REDALYC, información que hace parte de documento final y sirve de base para el desarrollo de la investigación. Posteriormente, se eligieron y/o diseñaron los instrumentos con los que se evaluó las variables ya mencionadas.

- 2. *Contacto y solicitud de apoyo a instituciones:*** con el interés de establecer contacto con las organizaciones públicas o privadas que brindan asistencia a personas víctimas del conflicto armado colombiano en el departamento de Santander, se elaboró una carta de presentación de la investigación, en la que se declara el carácter académico de la misma; solicitando acceso a los datos de contacto de la población o un espacio para reunirlos a través de la institución.

A partir de ello, se estableció contacto telefónico o email con entidades gubernamentales (Centros de atención a víctimas y Alcaldías de los municipios de San Gil, California, Surata, El Playón y Socorro), fundaciones y organizaciones (Granja para la atención de víctimas de minas, Girón; Hogar Jesús de Nazareth, Bucaramanga; Asociación de soldados discapacitados del Ejército Nacional; Asociación de sobrevivientes nueva vida, Bucaramanga; Asociación de víctimas de minas y munición sin explotar, Barrancabermeja; Asociación de proyectos y empleos de desplazados y víctimas, Bucaramanga; Fundación fundaheroes, Bucaramanga, Campaña Colombiana Contra Minas) que brindan servicios y atención a esta población, y finalmente, líderes de colectivos o representantes de mesas de participación de víctimas de conflicto armado o personas con discapacidad (especialmente con deficiencias en estructuras corporales). Vale aclarar que de las instituciones gubernamentales contactas y descritas anteriormente, no se contó con la

participación y aprobación el centro de atención a víctimas y alcaldía del municipio de California.

- 3. Selección de la muestra y aplicación de protocolo de pruebas:** Se contactó a los participantes dando a conocer el objetivo de la investigación, se corroboraron los criterios de inclusión fijándose entonces una fecha y lugar para la aplicación individual de la batería de pruebas que recolectarán los datos del componente cuantitativa y entrevista que pretende registrar la experiencia de apoyo social percibida por una muestra de personas víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales. Se establece una muestra no probabilística, mediante un muestreo en cadena para el enfoque cuantitativo, de la cual se establece una sub-muestra autoseleccionada para el enfoque cualitativo, es decir, cada persona entrevistada podrá acceder o no a llevar a cabo la entrevista. Para proceder a la aplicación de las pruebas los participantes deberán diligenciar dos consentimientos informados: (1) para autorizar del tratamiento de los datos suministrados a través de las pruebas y (2) para autorizar la grabación de la entrevista y el tratamiento de la información obtenida mediante esta.
- 4. Calificación y análisis de los datos:** Se recabaron los datos cuantitativos y cualitativos de forma separada, una vez finalizada la recopilación, se procede a sistematizar la información mediante el uso del programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Science SPSS versión 23 para datos cuantitativos, realizando los siguientes procedimientos:

 - Nivel de consistencia interna: mediante Alfa de Cronbach para los instrumentos de evaluación APGAR y MOS.
 - Prueba de normalidad: para corroborar si los datos tienen una distribución normal o anormal aplicando la prueba de Kolmogorv-Smirnov.

- **Correlación entre variables:** al corroborar que la distribución de los datos en anormal se halla el coeficiente de correlación Rho de Spearman, siendo pertinente generar diagramas de dispersión y tablas de contingencia entre variables para explicar las relaciones halladas.

Para análisis de datos cualitativos se utilizó el programa de gestión y creación de modelos ATLAS ti versión 7. Posteriormente, se procede a realizar la consolidación de los resultados hallados para dar salida a los objetivos propuestos. Para la integración de los datos, se utilizó la estrategia de Combinación, de manera que los resultados hallados en el enfoque dominante serán fortalecidos agregando los resultados del enfoque de menor predominancia (Blanco, & Pirela, 2016).

- 5. *Discusión de los datos y conclusiones:*** a partir de los datos obtenidos se procedió a contrastar los mismos con los resultados de investigaciones realizadas en el área, con poblaciones similares o que evaluaran las variables tenidas en cuenta para efectos del presente estudio, para así establecer conclusiones que respondan a los hallazgos obtenidos.
- 6. *Divulgación:*** se procede a la socialización de resultados de la investigación, en la Universidad Pontificia Bolivariana para efectos de sustentación de trabajo de grado para obtener el título de psicólogos; proyectándose además su socialización en las entidades facilitadoras, participantes del proyecto y comunidades involucradas.

6. Marco teórico

Conflicto armado en Colombia.

Colombia ha pasado por distintas formas y representaciones de violencia a través de los años. La lucha violenta en el país se ha registrado como una configuración compleja e inestable desde hace aproximadamente dos siglos; tal vez uno de los periodos más recordados es "La violencia", responsable de 200.000 muertes entre 1946 y 1964 en el país, sin embargo, Colombia ha estado marcada por consecutivos periodos violentos desde sus orígenes como nación (Pécaut, & González, 1997).

Pero tras este periodo, reaparece el fenómeno de violencia política en el país, esta vez el denominado "conflicto armado" que se instauró en el país casi por 60 años, donde su característica más visible era la expansión de grupos guerrilleros a lo largo del territorio nacional, los cuales conforman el grupo de actores corresponsables del conflicto: El Ejército de Liberación Nacional (ELN), las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC), el Ejército Popular de Liberación (EPL) y el Movimiento 19 de Abril (M-19), Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), así como grupos paramilitares (Pérez, 2010). Estos grupos, legales, ilegales, legítimos e ilegítimos, desde sus diferencias han colmado al país con víctimas civiles y militares (Zapata, Giraldo, Muñoz & Montoya, 2015).

En este sentido, Hernández y Salazar (1999) entienden por conflicto armado interno a:

(...) aquellas situaciones en la que hay hostilidades evidentes entre fuerzas armadas o grupos armados organizados dentro del territorio de un Estado. En el caso colombiano el conflicto armado interno está directamente relacionado con la violencia política. (...), ya sea con el fin de mantener, de modificar, de substituir o de destruir un modelo de Estado o de sociedad; o también de reprimir a un grupo humano con identidad

dentro de la sociedad por su afinidad social, política, gremial, étnica, racial, religiosa, cultural o ideológica, esté o no organizado (p. 3).

Según el Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) el conflicto se divide en 4 periodos históricos, caracterizado de la siguiente así: (1) periodo de 1958 a 1982: la violencia bipartidista se transforma en violencia subversiva; (2) periodo de 1982 a 1996: expansión guerrillera, políticas de paz y eclosión paramilitar; (3) periodo de 1996 a 2005: los años de la tragedia humanitaria, la expansión de guerrillas y paramilitares, el Estado a la deriva y la lucha entre grupos a sangre y fuego por el territorio y (4) periodo de 2005 a 2012: las AUC negocian y se desmovilizan, el Estado emprende una acometida militar que lleva a las FARC a replegarse; el año 2002 representa el periodo con mayor número de hechos violentos registrados en Colombia con 912.344 hechos y un saldo de 853.202 víctimas registradas (Red Nacional de Información, 2017).

En este punto, vale destacar que, a partir del año de noviembre de 2012, las FARC y el gobierno nacional iniciaron las negociaciones del "Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" firmado el 24 de noviembre de 2016 y actualmente se negocia un acuerdo con el ELN, en el séptimo intento con este grupo guerrillero; que ha logrado a la fecha el cede al fuego entre las partes (El Espectador, 2017).

Ahora, como lo explica Andrés Suárez (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013,10, 09) el conflicto armado se puede comprender teniendo en cuenta 5 ejes de desarrollo:

- 1) Disputa por la tierra y el conflicto agrario.
- 2) Ausencia de garantías para la participación política.
- 3) Existencia de un contexto y presión internacional como fuentes o referentes ideológicos para movilizar a los distintos actores
- 4) El narcotráfico como elemento dinamizador de una cultura y sociedad particular.

5) La presencia fragmentada del gobierno en el territorio nacional.

Entre los hechos que han ocurrido en el marco del conflicto armado se destacan los descritos en la tabla 1. y el número de eventos (ocurrencia de un hecho victimizante a una persona, en un lugar (municipio) y en una fecha determinada) ocurridos por cada hecho hasta 1 de septiembre de 2017:

Tabla 1.

Número de eventos por hechos registrados en el RUV.

HECHO	EVENTOS
Sin información	81
Abandono de Tierras	6.025
Vinculación de Niños y Adolescentes	9.317
Tortura	10.776
Minas antipersonal	11.842
Integridad sexual	23.820
Secuestro	37.536
Acto terrorista	103.308
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	121.061
Desaparición forzada	178.348
Amenaza	384.160
Homicidio	1.075.283
Desplazamiento	7.961.329
Total	9.922.886

Fuente: Registro Único de Víctimas (Red Nacional de Información, 2017).

Para registros 01 de septiembre de 2017, los tres departamentos donde se han reportado mayor número de hechos violentos a lo largo del desarrollo del conflicto armado son: Antioquia con 1.639.850 hechos, Bolívar con 628.109 hechos y Magdalena con 502.947 hechos, por el contrario, los tres departamentos con menor cantidad de hechos son: Guainía con 7.886 hechos, Amazonas con 30.031 hechos y San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 84 hechos. El departamento de Santander por su parte reporta 226.528 hechos para este mismo año (Red Nacional de Información, 2017).

6.1.1. Las víctimas del conflicto armado en Colombia

El acercamiento al concepto de víctima depende de las visiones disciplinarias a partir de donde se vea esta atribución como característica de una persona, sin embargo, la mayor parte de estas definiciones se relacionan con una condición de daño, lesión, pérdida con el interés de ejercer control, bajo una situación de desprotección y temor.

Desde la visión la Asamblea General de las Naciones Unidas (2005), en su resolución *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*; se considera como “víctima” a:

A toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización (Artículo V.8).

Así mismo añade que una persona se considera víctima “con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.” (Artículo V.9); disposiciones aplicables sin distinción de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra

índole, creencias o prácticas culturales, situación económica nacimiento o situación familiar, origen étnico o social, o impedimento físico.

Ahora, la legislación colombiana adopta por primera vez una definición de víctima con la Ley 418 de 1997, como prorroga a esta ley, la ley 782 de 2002, modifica el concepto de víctima, haciéndolas más visibles individual y colectivamente, como actores activos para la resignificación de la memoria del país; además, cita a la ley 387 de 1997 donde se refiere a la calidad de víctima de las personas víctimas de desplazamiento.

Par efectos de la presente investigación se han tenido en cuenta los conceptos de víctima que más tarde surgieron en la *ley de justicia y paz* (Ley 975 de 2005), donde se incluye a los familiares de las víctimas y miembros de la fuerza pública:

Igualmente se considerarán como víctimas a los miembros de la Fuerza Pública que hayan sufrido lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual o auditiva), o menoscabo de sus derechos fundamentales, como consecuencia de las acciones de algún integrante o miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley. Asimismo, se tendrán como víctimas al cónyuge, compañero o compañera permanente y familiares en primer grado de consanguinidad, de los miembros de la fuerza pública que hayan perdido la vida en desarrollo de actos del servicio, en relación con el mismo, o fuera de él, como consecuencia de los actos ejecutados por algún integrante o miembros de los grupos organizados al margen de la ley (Artículo 5).

Así como los propuestos por la Ley 1448 de 2011: *Ley de víctimas y restitución de tierras*, que define a las víctimas como la base de la restitución y reparación dentro del marco del conflicto armado interno, siendo así:

Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. (Artículo 3.).

De acuerdo a lo señalado hasta aquí y bajo el reconocimiento legal hasta 01 de septiembre de 2017 en Colombia se han registrado en el Registro Único de Víctimas 8.208.564 personas víctimas, de las cuales 1.777.564 personas por distintas circunstancias no pueden acceder efectivamente a las medidas de atención y reparación, puesto que han fallecido a causa del hecho victimizante o han sido reportadas como fallecidas en otras fuentes de información, se incluyen además a las personas sin documento de identificación o con números de documentos no válidos y las personas víctimas de desplazamiento forzado que no han solicitado ayuda humanitaria (Red Nacional de Información, 2017).

Ahora, segregando la información por los diferentes hechos ocurridos dentro del marco del conflicto armado, a continuación, se presentan las cifras del número de personas víctimas por hecho (Tabla 2), destacando que el desplazamiento forzado, el homicidio y las amenazas a la integridad son los hechos con mayor número de personas víctimas reportadas.

Tabla 2.

Registro de número de víctimas por hechos registrados en el RUV

HECHO	PERSONAS
Sin información	81
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	5.432
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	8.382
Tortura	10.639
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	11.140
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	22.915
Secuestro	36.162
Acto terrorista/Atentados/Combates/Hostigamientos	96.278
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	111.656
Desaparición forzada	167.809
Amenaza	363.374
Homicidio	990.410
Desplazamiento	7.265.072

Fuente: Registro Único de Víctimas (Red Nacional de Información, 2017).

Un aspecto importante en relación a las víctimas del conflicto armado en Colombia se relaciona con el número de hechos por los que han pasado las personas a lo largo de su vida, el RUV (Red Nacional de Información, 2017) reporta que 7.428.952 personas han sido víctimas de un (1) hecho dentro del conflicto, sin embargo, 689.905 personas han sido víctimas de dos (2) hechos, 79.647 de tres (3) hechos, 8.816 de cuatro (4) hechos, 1.091 de cinco (5) hechos, 144 de seis (6) hechos, 8 de siete (7) hechos y solo 1 persona ha pasado por ocho (8) de los 12 hechos reconocidos.

La consecuencia de la violencia en el país ha impactado generalmente sobre comunidades con altos niveles de pobreza, afrocolombianos, indígenas y mujeres, bien sea como víctimas directas o indirectas (López, Pérez y Pineda-Marín, 2016). En cuanto a las características sociodemográficas de las personas víctimas y en relación al enfoque diferencial, el RUV (Red Nacional de información, 2017) reporta que para corte de 1 de septiembre de 2017 la edad de mayor prevalencia es la comprendida entre los 29 y 60 años de edad con un total de

2.793.336 personas; el género de mayor predominancia es el femenino con 4.075.501 personas, seguido del masculino (4.071.419) y 2.019 personas pertenecen a grupos LGBTI; este dato se relaciona a que se ha encontrado que tanto niñas como ancianas han sido consideradas trofeos de guerra, siendo la violación y el maltrato los crímenes más característicos contra esta población, por su parte, los hombres se convierten en blancos fáciles en los momentos de desintegrar familias enteras (López, Pérez y Pineda-Marín, 2016).

Siendo así, los datos aquí expuestos hasta ahora son aproximaciones a la cifra real de las consecuencias humanas que ha tenido la violencia en el país, pues el anonimato y la invisibilización son características propias de la guerra, que dificultan un registro oficial de víctimas a pesar de los esfuerzos de las entidades públicas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Sin embargo, la dimensión de la afectación humanitaria que ha vivido Colombia por el conflicto, dejará de ser un simple dato cuando se conozca la verdad y se escuche con más atención la voz de las víctimas (Roldán, 2007).

Finalmente, la guerra política trae consigo diferentes consecuencias a nivel físico, psicológico y social para las víctimas. González y Bedmar (2012) afirman que ser víctima de los diferentes hechos “desestabiliza la unidad familiar, genera desarraigo, traumas, deterioro de la identidad y bajo sentido de la pertenencia” (p. 121). Además, las personas que pasan por estos sucesos experimentan miedo, nostalgia, odio, rabia y tristeza; desarrollando mecanismos de defensa como el silencio, la desconfianza y el aislamiento, aspectos que deterioran las relaciones sociales y familiares en estas comunidades (López, Pérez, & Pineda-Marín, 2016).

De igual forma en personas víctimas de violencia se ha evidenciado la presencia de al menos un trastorno psiquiátrico comórbido al trastorno de estrés postraumático TEPT: los más

frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión (Herrera-López, V., & Cruzado, 2014).

Las deficiencias como componente de la Discapacidad.

Para describir las características propias de las deficiencias, inicialmente es necesario partir de reconocer su relación con la discapacidad, puesto que, a pesar de considerarse comúnmente como sinónimos, su relación se establece hacia la complementariedad.

El concepto "Discapacidad" ha tenido múltiples interpretaciones a lo largo del tiempo, hallándose relacionado al momento histórico y al paradigma científico (biomédico, biopsicosocial, etc) que prevalezca (Acosta, Ávila, & Sanabria, 2014; Zunzunegui, 2011).

Resulta entonces pertinente, concebir la discapacidad como una experiencia que no solo encierra la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión, sino también los factores emocionales, experiencias personales, construcciones psicológicas, el contexto físico y social del individuo, entre otros aspectos relacionados que se han logrado identificar incluso en contextos rurales y semiurbanos en los cuales se ha ratificado la presencia de importantes barreras o limitantes para las personas con discapacidad, como por ejemplo discriminación, exclusión social, aislamiento, a tal punto de evitar que establezcan relaciones con otros discapacitados (Deepak, Kumar, Ramasamy, & Griffo, 2014; Neille, & Penn, 2015). Así pues, la discapacidad se asume según el significado que cada cultura le otorga a la salud, a la funcionalidad, a la enfermedad y a la discapacidad misma (Room et al., 2001, citado por Egea, & Sarabia, 2001).

Entonces, atendiendo a la creciente presencia del fenómeno de la discapacidad en las poblaciones, la Organización Mundial de la Salud como institución de autoridad internacional, publica en 1980 la *Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y*

Minusvalías (CIDDM), en versión experimental. Sin embargo, esta recibe críticas pues describe los conceptos "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" como valoraciones negativas desde una visión de enfermedad. Por esto, dicha versión se somete a revisión a través de estudios de campo sistemáticos y consultas internacionales lográndose su aprobación de aplicación internacional en el año 2001, nace entonces la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, la cual busca "brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados -relacionados con la salud-" (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 3),

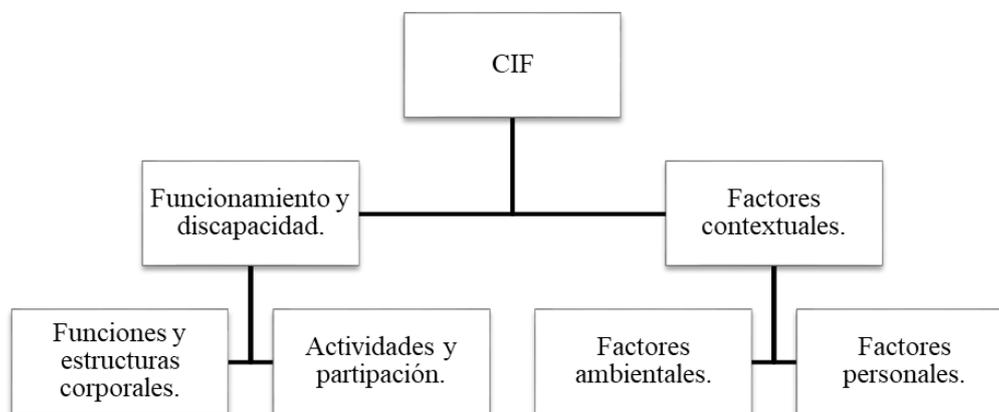


Ilustración 1. Estructura de la CIF. Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).

Es este sentido, la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001), describe un modelo de tres componentes: funcionamiento, discapacidad y salud, enfocándose ahora no en las consecuencias de la enfermedad, sino en la salud y los estados relacionados a la misma desde un enfoque biopsicosocial y con direccionamiento sistémico (Echávez, 2010). La clasificación describe dos partes: "Funcionamiento y Discapacidad" y "Factores contextuales" que se subdividen en 4 componentes: funciones corporales y estructuras corporales; Actividades y participación; Factores ambientales y Factores personales (Ilustración 1.).

Desde esta visión, la discapacidad indica los aspectos negativos de la interacción individuo-contexto y es entendida como: "las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano" (Egea, & Sarabia, 2001, p. 19), es decir, encierra los problemas en las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) y/o en las estructuras anatómicas del cuerpo, así mismo las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades y los problemas que puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, dentro del ambiente físico, social y actitudinal en el que vive y conduce su vida.

Desde el modelo social para explicar y entender la discapacidad, se "considera el fenómeno principalmente como un problema social, desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad" (Soto, & Vasco, 2008, p. 12), puesto que se han hallado a través de los años diversos resultados respecto a las actitudes frente a la discapacidad encontrado en algunos casos más actitudes negativas hacia las personas con discapacidad mental que frente aquellas con discapacidades físicas (Ostapczuk, & Musch, 2011) y en otros casos actitudes positivas hacia la discapacidad en general (Rodríguez, Nuñez, Bulla, & Lozano, 2017), lo cual limita o genera barreras a las personas con discapacidad basada en cualquier tipo de deficiencias.

Debido a lo anterior, la discapacidad no debe ser vista como una característica de la persona, sino como el resultado de la interacción entre diversos aspectos establecidos por el contexto y el ambiente social, es decir, la unión entre la condición de salud de la persona y los factores contextuales (Vázquez, & Cáceres, 2008); destacándose entonces la necesidad de una lectura bio-psico-social, desde la cual se comprende que el "sustrato biológico determina la deficiencia, el sustrato personal la actividad personal y el sustrato social la participación

social" (Fuentes, 2005, p. 206), logrando una visión menos estigmatizante de las personas con discapacidad y haciendo más evidente en cual sustrato se encuentra el "génesis" de los obstáculos o barreras.

Ahora bien, para abordar y delimitar qué son las deficiencias, cabe mencionar que la comprensión de sus causas y la intervención a dichas condiciones ha estado orientada a través de la historia (prehistoria, antigüedad, antigüedad clásica, edad media, renacimiento y reforma) por dos enfoques y actitudes que Aguado (1995) en su libro *Historia de las deficiencias* ha denominado como *Pasiva VS Activa*, los cuales se distinguen por que el primero básicamente considera la deficiencia como condición inmodificable fruto de causas ajenas al hombre (intocables), en contraste al segundo que asume que las deficiencias pueden ser modificables y sus causas atienden a variables naturales, biológicas y/o ambientales resultando viable la prevención y tratamiento.

En consecuencia, tras años de investigación y desarrollo práctico, las "Deficiencias" son definidas por la CIF como "los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida" (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 11) es decir, una "desviación significativa de la norma generalmente aceptada respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, o una pérdida de dichas funciones o estructuras" (Blandón, Echávez, & Valdes, 2010, p. 239-240).

Como lo describe Fuentes (2005), generalmente las deficiencias son causadas por problemas durante el embarazo, durante el parto, por enfermedades, accidentes u otros daños; afirma el autor que algunas deficiencias pueden derivar en otras sin que exista relación con alguna patología o enfermedad, sin embargo, equívocamente se considera a la persona como enferma. En este mismo sentido, la CIF señala que "las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología, ni con su forma de desarrollarse, esto modifica el restringido

entendimiento biomédico-lineal (causa-efecto) que señala que la discapacidad solo se manifiesta como producto de una deficiencia física, sensorial o psíquica" (Vázquez, & Cáceres, 2008, p. 12).

Siendo así, en la aplicación práctica, pueden encontrarse personas que presentan una deficiencia que no ocasiona ni limitación en la capacidad ni problemas de desempeño/realización, o una deficiencia que no ocasiona limitación en la capacidad, pero sí problemas de desempeño/realización, o una deficiencia que ocasiona limitación en la capacidad y, dependiendo de las circunstancias, problemas de desempeño/realización (Organización Mundial de la Salud, 2001); por ello, hablar de la discapacidad sin tener en cuenta las limitaciones y restricción en el desempeño o realización de una actividad es equívoco. En relación a esto, Blandón, Echávez y Valdes (2010), afirman que de una muestra de sobrevivientes civiles de MAP, AEI Y REG con deficiencias, estos alcanzan a desarrollar las habilidades para disfrutar de la calidad de vida que les corresponde a su condición de salud, por tal razón no se consideran personas con discapacidad.

6.1.2. Deficiencias en estructuras corporales

La deficiencia en estructuras corporales se entiende, para efectos de esta investigación como "los problemas, desviación o pérdida de las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes" (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 13).

En cuanto a su clasificación, la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001) divide las deficiencias en estructuras corporales en: (a) Estructura del Sistema Nervioso; (b) El Ojo, El Oído y Estructuras Relacionadas; (c) Estructuras Involucradas en la Voz y el Habla; (d) Estructuras de los Sistemas Cardiovascular, Inmunológico y Respiratorio; (e) Estructuras

Relacionadas con los Sistemas Digestivos, Endocrinas y metabólicas; (f) Estructuras Relacionadas con el Sistema Genitourinario y el Sistema reproductor; (g) Estructuras Relacionadas con el Movimiento y (h) Piel y Estructuras Relacionadas. Estas a su vez pueden organizarse en tres calificadores: el *primer calificador*: indica la extensión o magnitud de una deficiencia, el *segundo calificador*: indica la naturaleza del cambio en la respectiva estructura corporal: y el *tercer calificador*: indica la localización.

En Colombia según reportes del Ministerio de Salud y Protección social (2017b) a partir de datos del año 2016, en relación al número de personas con deficiencias en estructuras corporales permanentes, la frecuencia de ocurrencia de estas deficiencias en la población se presenta así (Tabla 3).

Tabla 3.

Número de personas con deficiencias en estructuras corporales para 2016.

Tipo de deficiencia en estructuras corporales	Número de personas
El ojo, el oído y estructuras relacionadas	729.634
Estructuras relacionadas con el movimiento	649.119
Estructura del sistema nervioso	562.447
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio	312.719
Estructuras involucradas en la voz y el habla	251.974
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos, endocrino y metabólico	165.879
Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor	98.339
Piel y estructuras relacionadas	52.273

Fuente: Elaboración propia

Así mismo, Echávez (2010), encuentra en su investigación con víctimas de MAP, AEI Y REG que las lesiones en estructuras corporales más comunes son las relacionadas con deficiencias: digestivas, genitourinarias y reproductoras (labios, dientes y órganos genitales),

y neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento (estructura ósea, articular y muscular).

Al hablar de personas con deficiencias, conviene hablar de situaciones o variables que se hallan asociadas a dicha condición.

En este sentido Retana (2007) afirma que las personas se enfrentan a diversas dificultades, que a su vez se agudizan si la deficiencia se adquiere de forma inesperada, pues resulta ser una experiencia estresante y dolorosa, que conlleva inestabilidad emocional en la persona y su familia, desajuste psicosocial y dificultades en la aceptación de su nueva autoimagen corporal, específicamente si representa disminución de sus actividades.

De igual forma, al hablar de deficiencias físicas es necesario hablar de limitaciones, para lo cual algunos estudios han evidenciado que existen barreras físicas (arquitectónicas, y en obras civiles) y de otros tipos que en la actualidad siguen limitando la participación social y el desarrollo de personas con deficiencias en funciones y/o estructuras corporales (denominadas como discapacitadas) en contextos urbanos (Clarke, Ailshire, Nieuwenhuijsen, & de Kleijn-de Vrankrijker, 2011). Por ejemplo, un estudio realizado en 4 países africanos (Sudán, Namibia, Malawi y Sudáfrica) identificó que dentro de las barreras para el acceso a la salud se destaca la falta de transporte, disponibilidad de servicios, medicamentos o equipos inadecuados y de altos costos (Eide, Mannan, Khogali, Van Rooy, Swartz, Munthali, et al., 2015). Es claro que estas limitaciones se dan en mayor medida en países donde los recursos económicos son bajos, puesto que limita el acceso a servicios de apoyo y atención, que reduzcan las limitaciones funcionales y aumenten la independencia de la persona (Hernández, & Hernández, 2005; Martínez, 2013; Vargas 2001).

Por otra parte, se ha encontrado que mujeres españolas con discapacidades físicas y visuales que tienen menos educación formal, mayores responsabilidades familiares y menores

recursos económicos experimentan violencia de género con mayor intensidad que las mujeres que no tiene dichas discapacidades (Del Río, Mergías, & Expósito, 2013); sin embargo, en Estados Unidos se encuentra que los casos de violencia resultan más prevalentes contra los hombres con discapacidad (Mittra, & Mouradian, 2014).

Ahora, abordando el área personal, los pacientes con lesión medular reportan insatisfacción con el desempeño en las actividades de la vida diaria relacionadas a la dependencia, pérdida de la autonomía y dificultades en la participación dentro de la comunidad, evidenciando además puntuaciones disminuidas en los dominios de aprovechar la vida, apariencia física, satisfacción personal y sentimientos; estas facetas se relacionan con las representaciones del propio individuo en lo concerniente a su discapacidad (Fraçna, Coura, Sousa, Almeida, & Pagliuca, 2013). Los autores destacan también que el 72,4% de los participantes relataron estar muy satisfechos con el apoyo de los amigos, aunque en la faceta de la vida sexual se presentó una significativa insatisfacción; esto último se ha identificado de igual forma con una muestra de 341 personas discapacitadas con edades comprendidas entre los 17 a 89 años, de las cuales entre el 40 y 50% solicitaban ayuda profesional para encontrar pareja sexual o afrontar problemas para disfrutar su sexualidad (Kedde, van de Wiel, Schultz, Vanwesenbeeck, & Bender, 2012).

El Dolor

Sin duda toda persona a lo largo de su vida ha experimentado dolor, de hecho, se considera una de las manifestaciones más comunes de estrés en la actualidad, que según características del mismo genera sufrimiento tanto para quien lo padece como para sus familias.

Aunque inicialmente se consideraba el dolor como un fenómeno netamente físico o de tipo sensorial-fisiológico, basándose inicialmente en el dualismo cartesiano; cuerpo-mente (Miró, 2006), a lo largo de la historia se le han dado diferentes significados, llegando a que en la

actualidad, la noción más aceptada sea la brindada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) dada en 1979 que describe el dolor como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma" (Sociedad Española del Dolor, 2001, p. 1).

De forma similar la CIF define el dolor como la sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal, incluyendo las sensaciones de dolor generalizado o localizado, en una o más partes del cuerpo (Organización Mundial de la Salud, 2001). Esta concepción del dolor permite dar cuenta de su naturaleza subjetiva, considerándose como una experiencia importante y compleja que influye en la conducta del sujeto ante la manifestación dolorosa (Miró, 2006).

Dentro de los tipos de dolor se distinguen cinco grupos generales: 1. Dolor agudo vs dolor crónico, entendido en función del tiempo de duración de la percepción de dolor; (2) Dolor periférico vs dolor central, se distingue por la localización del dolor sea superficial o profundo; (3) Dolor de proyección y dolor referido, según distancia respecto al punto de lesión; (4) Dolor físico vs dolor psicógeno, según la causal de dolor sea una lesión físico o por naturaleza psicosomática o psíquica; y (5) Dolor nociceptivo vs dolor neuropático, en función de un daño ocasionado por una respuesta a una lesión externa o como consecuencia de lesión traumática (Sociedad Española del Dolor, 2001).

Para entender la experiencia de dolor el modelo multidimensional de Melzack y Casey (1968), ofrece una de las visiones más aceptadas en la actualidad; esta señala que en la experiencia de dolor han de tenerse en cuenta tres dimensiones importantes para contextualizarla, evaluarla e intervenirla, desde donde se puede entender la relación sensación-emoción-cognición de la experiencia de dolor (Chóliz, 1994), a saber:

- *Dimensión sensorial/discriminativa:* detección de las características espaciales y temporales del dolor, la intensidad y cualidades del dolor.
- *Dimensión motivacional/afectiva:* cualidad subjetiva de la experiencia de dolor, en concreto en los aspectos de sufrimiento, aversión, desagrado, o cambios emocionales producidos.
- *Dimensión cognitivo/evaluativa:* creencias, valores culturales y variables cognitivas, tales como autoeficacia, percepción de control y de las consecuencias de la experiencia de dolor).

Atendiendo a ello, vale aclarar entonces que la experiencia de dolor no debe asumirse únicamente como una sensación, puesto que es construida por la persona a partir de una serie de reacciones afectivas, cognitivas y comportamentales -el significado que atribuye a la experiencia, la situación en la que se encuentra, las diferencias sociales y culturales, y la actividad cognitiva del momento-; haciéndola superior a cualquier sensación, por ello debe hablarse de percepción dolorosa o de dolor (Sociedad Española del Dolor, 2001).

En este sentido, Traue, Jerg-Bretzke, Pflingsten, y Hrabal (2010), destacan que los desórdenes de dolor son causados por procesos somáticos o por niveles de tensión elevados, es decir, podría existir una enfermedad física, pero también una reacción fisiológica al stress en forma de tensión muscular, hiperactividad vegetativa y un aumento de la sensibilidad de los receptores de dolor. Por tanto, el dolor se convierte en un proceso complejo, multideterminado y multidimensional (Miró, 2006), en la que no solo interviene la inhibición o excitación de los receptores del dolor, sino que también aspectos psicológicos y emocionales (Turk & Okifiju, 2002).

En relación a ello, el dolor es interdependiente al estado de ánimo, ya que las reacciones afectivas pueden generar cambios en la percepción de dolor, ya sea en su intensidad,

frecuencia y características, a su vez, el dolor puede afectar al estado de ánimo, cuando se mantiene por varios días; esto dentro de una relación psicoinmunológica; entonces, a mayor respuesta emocional negativa mayor dificultad para el control del dolor (Aggarwal, Lovell, Peters, Javidi, , Joughin, & Goldthorpe, 2011; Carvajal, 2010).

Entonces, de cara a la experiencia de las personas víctimas de diferentes hechos violentos, se establece una relación entre las experiencias traumáticas y la percepción de dolor. Chen (2001), confirma que el dolor es percibido por el cerebro a través de una conexión cuerpo-cerebro, cerebro-mente, mente-materia, puesto que no se identifica un solo centro del dolor asociado con el dolor, pero si una red neuronal compuesta por las áreas que traducen la información sensorial, afectiva y cognitiva. Ante esto, Traue, Jerg-Bretzke, Pflingsten, y Hrabal (2010) destacan que gracias a este hallazgo se entiende que las “personas traumatizadas y socialmente marginadas no sólo pueden tener el trastorno de estrés postraumático (TEPT), sino también mostrar altos niveles de dolor que pueden persistir hasta después de que el cuerpo se haya curado” (p. 21).

6.1.3. Intensidad de dolor percibido

En cuanto a la intensidad de dolor que percibe el sujeto, la Organización Mundial de la Salud (citado por Puebla, 2005) reconoce su categorización en: (a) Leve: puede realizar actividades habituales; (b) Moderado: interfiere con las actividades habituales, precisa tratamiento con opioides menores o (c) Severo: interfiere con el descanso, precisa opioides mayores. Por ello, para referirse a la intensidad de dolor como variable se tendrá en cuenta la definición de García y Urquía (2014) quienes la entiende como "el grado de dolor que de forma subjetiva experimenta un paciente", en nuestro caso refiriéndose a las personas víctimas de conflicto con deficiencias corporales (p. 21).

Siendo así, su valoración y documentación se llevan a cabo mediante el auto-reporte, sin embargo, debido al carácter subjetivo de la experiencia dolorosa, usualmente y de forma errónea si la persona no manifiesta dolor se asume que no lo tiene, mientras que en quien lo manifiesta, se tiende a desvalorizar la presencia e intensidad de éste (Moreno, Interrial, Garza, & Hernández, 2012).

Cuando la sensación de dolor se intensifica, lleva a la persona a evitar actividades y contacto social, lo que termina en alejamiento social y una orientación casi total de atención en el dolor (Miró, 2006). Traue, Jerg-Bretzke, Pfingsten, y Hrabal (2010) lo explican como un “círculo vicioso de dolor”, donde el dolor produce carencia de actividad, la cual ocasiona miedo, llegando a la depresión y ésta a percibir más dolor; entonces a mayor sensación de dolor, presentan más condiciones o se agrupan más factores discapacitantes (López, Barra y Villar, 2009), hallándose entonces relación entre la discapacidad y los factores psicológicos, sociales, demográficos y laborales (Miró, 2006).

Por tanto, reconociéndose que la intensidad de dolor como una de las dimensiones (sensorial/discriminativa) y experiencias más relevantes en el ámbito clínico, la escala VAS se destaca como instrumento que evalúa esta dimensión y se ha anotado en la literatura como una importante herramienta de evaluación unidimensional (Alonso, & Ardizone, 2013; Serrano, Caballero, Cañas, García, Serrano, & Prieto, 2002). De igual manera, en comparación y mediante estudios correlacionales con escalas unidimensionales (Kahl, & Cleland, 2005; Gómez, & Vargas, 2010) y multidimensionales (Duncan, Bushnell, & Lavigne, 1989; Burón, Vidal, Escudero, Armenteros, López, & García, 2011) se ha logrado identificar la capacidad evaluativa y alta sensibilidad de la VAS, siendo incluso destacado en algunos contextos clínicos como el instrumento de preferencia por parte de los pacientes (Joyce, Zutshi, Hrubes, & Mason, 1975).

6.1.4. Resultados empíricos de investigación de dolor en personas víctimas de conflicto armado y/o con deficiencias en estructuras corporales.

Los resultados obtenidos en investigaciones acerca de la intensidad de dolor percibido, han mostrado una asociación negativa entre dolor y limitación de las actividades de la vida diaria, donde a menor manejo del dolor se evidencia mayor limitación en actividades de la vida diaria; siendo las labores del hogar, caminar, manejar o utilizar algún tipo de transporte, y el sueño, las actividades con mayor restricción (González-Rendón, & Moreno-Monsiváis, 2007).

Por su parte Molina, Figueroa y Uribe (2013) han identificado una relación significativa entre la intensidad de dolor con el aislamiento social, las alteraciones de sueño y el estado de salud general; además de asociaciones con síntomas de ansiedad y depresión. Así mismo, Mansano-Schlosser y Ceolim (2012) establecen en su investigación que a cada aumento de un (1,0) punto en la intensidad del dolor se dio un crecimiento del 21% en la probabilidad de presentar sueño de mala calidad.

Entonces, tras experimentarse un dolor físico intenso y posteriormente un duelo elaborado inadecuadamente (que perturbe emocionalmente una persona de forma significativa), se ve afectado de manera integral todo el cuerpo, desencadenando en manifestaciones de salud como: el decaimiento, la pérdida del sueño y el apetito, dolores de cabeza, amnesias, adormecimiento de pies y manos que impiden caminar y actuar, adormecimiento de la boca, entre otras (Peláez, 2007).

Ahora, respecto a las investigaciones acerca del dolor experimentado por víctimas de conflictos o de violencia política, estas se desarrollan en mayor medida en personas que han sufrido amputación traumática.

Entonces, atendiendo a que en Colombia el conflicto armado ha causado en promedio el 0.73% de las deficiencias durante el periodo del 2002 al 2012 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), destacándose hechos como accidentes de MAP, MUSE y/o AEI con un aproximado de entre 11.000 víctimas y 15.000 víctimas (Revista Semana, 2016; RNI, 2017) de los cuales el 61% son miembros de la fuerza pública (Dirección para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal, 2017); resulta importante abordar hallazgos que investigaciones en otros contextos desde el campo clínico han expuesto, a saber, población sometida a amputación de miembros inferiores ha reportado dolor fantasma con incidencias del 60% al 80% (Nikolajsen, Finnerup, Kramp, Vimtrup, Keller, & Jensen, 2006), en otros casos se reporta la presencia de miembro fantasma en un 50% a 80% de los casos de amputación de miembro inferior (Richardson, Glenn, Horgan, & Nurmikko, 2007), llegando incluso a reportarse el caso de una persona que desarrolló dolor de miembro residual y sensación de miembro fantasma 50 años después de la amputación Olarra y Longarela (2007).

De igual forma, Franca, Coura, Sousa, Almeida y Pagliuca (2013) encontraron que en personas con lesión medular el dolor puede aparecer hasta 48 meses después del trauma, pudiendo transcurrir de las propias secuelas, de la posición en el lecho, espasticidad, extensión y flexión de miembros superiores e inferiores o de las actividades físicas, hipersensibilidad al tacto y uso de ropa

En su investigación, Eschávez (2010) destaca que la sensación de dolor generalizado o localizado en una o varias partes del cuerpo de personas sobrevivientes de MAP, AEI y REG es común, expresándolo con verbalizaciones en donde enfatizan sentir "mucho dolor". A su vez, reporta que de manera singular las personas que pasan por lesiones en estructuras

corporales relacionadas con la visión y audición expresan que perciben un dolor intenso a causa de la infección de las heridas.

Los investigadores Van Leeuwen, Van der Vliet, Janssen, Heng, Ring, y Vranceanu, (2016) con el interés de explorar la asociación de la injusticia percibida con la intensidad del dolor y la función física en pacientes con traumatismo ortopédico desarrollado con 124 pacientes de trauma ortopédico, encuentran que la injusticia percibida tuvo una asociación positiva estadísticamente significativa con la función física y la intensidad del dolor percibida por el sujeto; esta injusticia es una construcción cognitiva compuesta por valoraciones negativas acerca de la gravedad de la pérdida como consecuencia de lesión o pérdida relacionada con la culpa. Es decir, el sujeto valora que tan merecedor se siente del acontecimiento; este hallazgo puede vislumbrar un nuevo entendimiento acerca de la lesión producto de violencia, especialmente en población civil.

Funcionalidad familiar

Para hablar acerca de la familia, es importante partir de las concepciones que se tienen acerca de esta como sistema, destacándose así a Hernández (1997, citado por Guzmán, Ramírez, Reyes, & Varela, 2013) quien comprende esta con base en 4 concepciones: (1) como institución social, donde la familia adquiere su sentido bajo la garantía de socialización, funcionamiento biológico y el manteniendo de sistema social; (2) como grupo, a partir de donde se logra la supervivencia y el funcionamiento interno; (3) como constructo cultural, visto como un conjunto de valores tradicionales, religiosos, y políticos expresados y mantenidos por sus miembros y (4) como conjunto de relaciones emocionales, desde donde se provee y satisfacen las necesidades emocionales de sus miembros.

Entonces, al reconocerse la familia (inmediata y extensa) como una de las estructuras más importantes de la red social de apoyo del individuo (Abello, & Madariaca; 1999; Vivanco, 2001), también es la forma de vida en común, constituida para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros a través de la interacción, en donde se da paso al desarrollo y práctica de emociones, las cuales determinan en gran medida las interacciones de los individuos en otros contextos (Guzmán, Ramírez, Reyes, & Varela, 2013).

Así mismo, entendida como la estructura física y emocional, es allí donde se construyen las estrategias de interacción y afrontamiento del individuo, pues se asume como núcleo protector para enfrentar las adversidades generadas por el medio externo, siendo un soporte para la construcción de relaciones de cooperación orientadas a satisfacer las necesidades biológicas y sociales (Díaz, Arrieta & González, 2014; Hernández, 2003). De igual forma, sus miembros son fundamentales en el desarrollo de la personalidad y en la adquisición de valores que permitirán la adaptabilidad e interacción social del individuo (Jiménez, Mendiburo, & Olmedo, 2011; Retana, 2007).

En este sentido, según Ponce y colaboradores (2007, citado por Vega, & González, 2009) se destacan características de la familia relacionadas a la salud del individuo; en primer lugar, la interacción entre la familia y la enfermedad pueden tener una influencia tanto positiva como negativa sobre el curso del proceso crónico, además la familia es la principal fuente de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad.

Ahora, cuando la familia experimenta sucesos violentos dentro del marco de los conflictos armados y más específicamente en el desplazamiento, esta crisis desestructura el sistema y su dinámica, pues esta se halla generalmente conformada desde varios años y al generarse cambios muy profundos les obliga a cambiar su proyecto de vida, enfrentándose así a la

posibilidad de generar enfermedades mentales y orgánicas (Adolfo, 2006), frente a esto, la literatura destaca la funcionalidad en la familia como un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (Casanova-Rodas, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas, & Soriano-Rodríguez, 2014; Navarrete, & Zicavo, 2007).

Así mismo, convivir con una persona con discapacidad es una experiencia nueva que trae consigo una serie de implicaciones que pueden repercutir durante toda la vida, a veces de manera negativa en el ambiente familiar. Sus miembros suelen experimentar cambios emocionales que requieren de un extenso proceso de adaptación y aceptación, pues cada uno se ve afectado de una manera diferente (Campos, & Narváez, 2016). En el caso de las personas que han presentado amputación traumática, la familia se convierte en su principal red de contención y contribuye para enfrentar los cambios (Retana, 2007).

En consecuencia, para el presente estudio, el funcionamiento familiar será comprendido como el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta, dentro de cinco componentes: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive (Forero, Avendaño, Duarte & Campo-Arias, 2006). En contraparte la disfuncionalidad es la fractura de la armonía, donde el ambiente se caracteriza por confrontaciones y hostilidades, existiendo pues un conflicto permanente (Cordero, 2015), para el cual, su desarrollo dependerá en gran medida de los patrones de comunicación que se establecen entre sus miembros (Guzmán, Ramírez, Reyes, & Varela, 2013)

6.1.5. Resultados empíricos de investigación en funcionalidad familiar con personas víctimas de conflicto armado y/o con deficiencias en estructuras corporales.

González y Bedmar (2012) afirma que ser víctima de los diferentes hechos desestabiliza la unión familiar generando deterioro de la identidad y bajo sentido de pertenencia; además, las personas que pasan por estos sucesos experimentan sentimientos negativos como miedo, nostalgia, odio, rabia y tristeza, desarrollando mecanismos de defensa como el silencio, la desconfianza y el aislamiento, los cuales deterioran relaciones familiares (López, Pérez, & Pineda-Marín, 2016).

En Venezuela, Molina, Bahsas y Hernández (2009), desarrollan un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con 87 pacientes diabéticos insulino dependientes y amputados; tras las mediciones que buscaban indagar sobre la funcionalidad familiar y el soporte social, encuentran que 82,8% de los pacientes diabéticos amputados compartían alta funcionalidad con el grupo familiar, 12,6% tenían disfunción familiar moderada y el 4,6% disfunción familiar severa.

En este sentido, Moreno (2014) estableciendo la relación entre grado de la deficiencia funcional (discapacidad) y funcionalidad familiar, reporta que las familias con personas con dependencia física severa o moderada muestran ser disfuncionales, en comparación con las familias con miembros dependientes totales, leves o independientes, las cuales muestran ser funcionales.

En el caso de la población víctima del conflicto, Rincón, Cantillo, Ordúz y Mora (2010), buscaban caracterizar la funcionalidad, ciclo vital familiar e identificar las redes sociales existentes, por medio de instrumentos de medicina familiar, de una población desplazada por la violencia, en algunas localidades de Bogotá DC durante el año 2007; los investigadores encontraron que las familias desplazadas por la violencia, muestran ser disfuncionales en un

nivel leve, sin embargo, las puntuaciones de nivel severo se asocian con problemas de desempleo y ausencia de recreación en el núcleo familiar.

Incluso, se ha encontrado que los pacientes víctimas de trauma desean contar con la presencia de sus familias durante la atención de emergencia, identificándose además que tras reflexiones desarrollados por los familiares sobre su papel, reconocen la posibilidad de atender las necesidades de su ser querido partiendo del apoyo emocional, siendo así que el apoyo familiar representa un elemento base superar los obstáculos asociados el trauma y sus consecuencias (Rubio, Martín, Furlan, da Silva, & Silva, 2016).

Apoyo social

6.1.6. Definición conceptual del apoyo social

El apoyo social es un proceso complejo que implica de manera directa la interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales (Camargo-Velásquez, & Palacio-Sañudo, 2017). Las primeras definiciones del concepto obedecen a los estudios del psiquiatra John Bowlby en su investigación acerca del desapego; sin embargo, se reconocen como pioneros los trabajos realizados por Cassel en 1974 y 1976, y por Cobb (1976), a partir de los cuales “el apoyo social se definiría como el proceso en que se dan las transacciones entre las personas como amortiguador de los procesos estresantes vitales” (Aranda, & Pando, 2013, p. 234).

Años después, el apoyo se fue configurando como un factor moderador de estrés y de gran importancia en la relación entre el estado de salud y el curso de la enfermedad, pues favorece los procesos de adaptación a la enfermedad y al entorno personal, familiar, escolar y social (Barra, 2004; Londoño et al., 2012; Vega & González, 2009). Convirtiéndose en un factor

importante que influye en el bienestar, salud mental y calidad de vida de los individuos (Aranda, & Pando, 2013; Méndez, & Barra, 2008).

De igual forma, Londoño, Sicachá y Gonzáles (2011) señalan que las relaciones interpersonales, el rol de las redes de apoyo social y personales, son determinantes en el proceso de protección y recuperación luego de las experiencias traumáticas, puesto que, entre otros aspectos, el apoyo social tiene gran relevancia para el desarrollo cultural y social de una comunidad, al fortalecer los lazos dentro del grupo (Camargo-Velásquez, & Palacio-Sañudo, 2017).

De hecho, en contextos de conflicto las distintas organizaciones humanas caracterizadas por el cuidado, la atención y el apoyo, permiten la inclusión a través de la creación de lazos identitarios y arraigo afectivo (Ávila-Toscano & Madariaga Orozco, 2010), las cuales al brindar apoyo social e interacciones sociales positivas se han asociado con la reducción de la gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Robinaugh et al., 2011).

Así mismo, las redes sociales en las personas con deficiencias en estructuras corporales constituyen un factor de gran importancia para su desarrollo emocional y social (Retana, 2007). Por tanto, los grupos de autoayuda y de apoyo social, se convierten en un factor protector y rehabilitador de las personas con deficiencias en estructuras, pues intervienen tanto en la mejora de su estado de salud como en las condiciones limitantes del entorno (Romero, 2016). Este tipo de asistencia implica el incremento de una red social de apoyo más amplia, puesto que es un soporte fundamental para el enfermero, para el individuo y su familia.

Entre tanto, para la presente investigación, el apoyo social se ha concebido como el “producto de las relaciones sociales, de intercambios individuales regidos por principios psicológicos o

como una propiedad emergente de las relaciones sociales” (Sánchez, 2004, p. 132). El cual se manifiesta en “toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar –a otro u otros– a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal y/o social” (Ander, 2004, citado por Aranda, & Pando, 2013, p. 238), es decir, se convierte en “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas” (González y Restrepo, 2010, p. 229). En este sentido, por considerarse el conflicto armado una situación adversa que acompañada de la deficiencia en estructuras corporales lleva a la persona a una condición de doble vulnerabilidad, la cual es reconocida por las disposiciones jurídicas del estado colombiano, el apoyo recibido por parte del gobierno se considera parte del apoyo que desde un enfoque macro-social permite entrever su responsabilidad en el restablecimiento del bienestar de los ciudadanos.

6.1.7. Componentes del apoyo social.

Para definir como constructo al apoyo social debe tenerse en cuenta la clasificación propuesta por algunos autores, que la abordan según: el nivel de análisis (comunitario, redes sociales y relaciones íntimas) y sus perspectivas de interpretación (estructural, funcional y contextual).

Inicialmente según el nivel de análisis para entender el constructor de apoyo social se encuentra el nivel *comunitario*, el cual se tiene en cuenta la sensación de pertenencia e integración social del individuo; en función de los roles y contextos sociales en los que se encuentra inmerso (Romero, 2016).

Ahora, desde la perspectiva de las *redes sociales*, estas aportan al individuo un sentido de unión, es decir, todos aquellos contactos sociales que mantienen las personas de acuerdo a la densidad, tamaño, homogeneidad, etc., de la red (Romero, 2016).

Actualmente se considera cómo los vínculos que una persona mantiene con otras personas de su entramado social (Ramos-Vidal, Holgado, & Maya-Jariego, 2014); mientras que por otra parte, Hernández, Carrasco y Rosell (2010) la definen como aquellas redes que propician los diferentes contactos personales, a través de los que el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, espiritual, ayuda material y servicios de información.

Atendiendo a esta ayuda, Naparstek y Khan (1980, citado por Vega, & González, 2009) exponen que la red de relaciones sociales adquiere importancia cuando provee el apoyo necesario en situaciones de crisis en la vida en general; y es en este punto es donde se hace evidente la relación entre los conceptos de red social y apoyo social.

En este sentido, Abello y Madariaca (1999) destacan que dentro de las interacciones de la red social se reconoce a la familia (inmediata y extensa), las amistades, vecinos y miembros de la comunidad, incluso los vínculos de carácter político o gubernamental; en donde se recibe y provee ayuda, es decir, expresa las características estructurales de las relaciones mantenidas por una persona (Vivanco, 2001) y que pueden auxiliar de diversas maneras para mejorar la calidad de vida de la persona asistida (Franca, Coura, Sousa, Almeida, & Pagliuca, 2013; Osma, & Cerquera, 2016).

Finalmente, al nivel de las *relaciones íntimas*, estas componen las "transacciones" que proveen bienestar y salud, mediante intercambios recíprocos entre las miembros de la red social (Romero, 2016).

Ahora, según las perspectivas de interpretación del apoyo social como constructo, se destaca inicialmente *la interpretación estructural*; desde esta perspectiva describe el apoyo social recibido teniendo en cuenta los beneficios al bienestar de la persona, a partir del tamaño de la red, densidad de la red, reciprocidad, homogeneidad o heterogeneidad, con visión cuantitativa (Blandón, & Valdes, 2010; Londoño et al., 2012; Romero, 2016).

Por su parte, desde la *interpretación funcional*, se entiende a partir de la medida en que las relaciones sociales satisfacen o no las necesidades, desde una perspectiva de cualitativa y de apoyo. Así mismo, se describen las interacciones personales dentro de la estructura social y su contenido; traducido en apoyo de tipo instrumental, emocional e informacional (Blandón, & Valdes, 2010; García, Morales, García, González-Pardo, Matos, & López, 2013; Londoño, et al., 2012; Romero, 2016).

Finalmente, desde la *interpretación contextual* se afirma que para llevar a cabo un análisis del apoyo social es necesario tener en cuenta los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo se percibe, recibe y otorga; según las características de los participantes, momento en el que se da el apoyo, duración y finalidad (Romero, 2016).

Entonces, atendiendo a la perspectiva funcional del apoyo social, Sherbourne y Stewart (1991) destaca 5 tipos de recursos de apoyo social, los cuales evalúa en su escala "*Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social - MOS*", a saber: (1) emocional/informacional: soporte emocional, orientación y consejos, expresado a través de empatía, amor y confianza; (2) instrumental: conducta o material de apoyo en la solución de problemas; (3) interacción social positiva: disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y (4) afectivo: encierra las expresiones de amor y afecto, y desde la perspectiva estructural (5) red de apoyo social compuesta por amigos y familiares.

Ahora, el apoyo social puede dividirse en dos según el tipo de transacción: el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. El primero, son los recursos de tipo material con los que la persona cuenta en el momento de necesitarlos, desde una transacción objetiva; mientras que el segundo, se refiere a la valoración o apreciación que hace la persona acerca de la ayuda o apoyo con la que cree contar, por tanto, hablamos de una transacción subjetiva (Angarita, 2009; Romero, 2016).

6.1.8. Resultados empíricos de investigación en apoyo social con personas víctimas de conflicto armado y/o con deficiencias en estructuras corporales.

Respecto a las personas que presentan deficiencias en estructuras corporales o se encuentran con discapacidad, en la literatura científica, en cuanto a la evaluación del apoyo social se destacan los hallazgos descritos a continuación:

Molina, Bahsas y Hernández (2009), desarrollan en Venezuela un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con 87 pacientes diabéticos insulino dependientes y amputados; tras las mediciones que buscaban indagar sobre la funcionalidad familiar y el soporte social, encuentran que, en relación con el apoyo social, el apoyo afectivo fue máximo en 38 pacientes; 47 pacientes tuvieron un afecto medio y sólo dos pacientes con un apoyo afectivo mínimo, es decir, predomina la calidad del soporte social emocional, afectivo, instrumental y de interacción social positiva, por tanto, el índice global fue máximo.

En Colombia, González, Astudillo y Hurtado (2012), realizan una investigación con 30 personas con deficiencias en estructuras relacionadas con el movimiento con el objetivo de evaluar la salud mental positiva y el apoyo social percibido por la muestra. Tras aplicar cuestionario MOS, los investigadores encuentran que la percepción de apoyo social es alta, destacando entre otras subescalas al apoyo afectivo como aquella que se relaciona positivamente con la dimensión de interacción social positiva; destacando entonces, que la interacción satisfactoria con componentes psicosociales permite a las personas con discapacidad percibir un alto nivel de satisfacción frente al apoyo recibido.

Las investigaciones realizadas con víctimas de conflicto armado que evalúan aspectos relacionados con el apoyo social son pocas, sin embargo, muestran resultados de calidad, de las cuales se resalta los resultados que se describen a continuación.

En Colombia, Avila-Toscano y Orozco (2010) desarrollan una investigación con 10 hombres desmovilizados del conflicto armado en Colombia, que busca identificar las redes personales y dimensiones de apoyo en individuos desmovilizados del conflicto armado; los investigadores identifican que la dimensión de ayuda material reporta un mayor índice de satisfacción, reflejada en el préstamo de dinero, herramientas, elementos para el trabajo, entre otros.

Para 2014, los investigadores Ramos-Vidal, Holgado y Maya-Jariego, realizan un estudio enfocado en caracterizar las redes personales de la población desplazada en función de su estructura y composición, en comparación con la población general del Caribe colombiano, a través de un estudio transversal comparativo con dos grupos (personas en situación de desplazamiento y personas no desplazadas). Tras el análisis de los datos los autores comprobaron como el desplazamiento forzado, igual que una situación socioeconómica de desventaja, no impiden al individuo el acceso a recursos de apoyo social y una mínima red social de referencia.

Por su parte, Londoño, Gallego, Arango y Rosso (2016), desarrollan una investigación cualitativa a través de 15 grupos focales con 225 los líderes y personas participantes de grupos de apoyo mutuo; encontrando que el ser humano sólo se hace y se desarrolla en relación con otros, puesto que las relaciones de apoyo brindan a la persona un espacio auténtico para que logre su adecuado desarrollo.

De forma similar, tras un estudio realizado con personas en situación de desplazamiento por la violencia y damnificados por la ola invernal del 2010-2011 en el departamento del Magdalena, que pretendía establecer la correlación entre apoyo social y sentido de comunidad; Camargo-Velásquez y Palacio-Sañudo (2017) encuentran que la percepción del apoyo social de forma general es alta ($=87,41$), es decir, las personas muestran una

percepción apoyo adecuada en cada una de las dimensiones de apoyo evaluadas, garantizando la estabilidad como comunidad.

Uno de los hechos victimizantes que relaciona en mayor medida las características de la población víctima de conflicto con la presencia de deficiencias en estructuras corporales es la ocurrencia de un accidente por Mina Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI), Resto Explosivo de Guerra (REG) o Munición sin Explotar (MUSE), atendiendo a ello en Colombia se reportan las siguientes investigaciones:

Los resultados de investigación cualitativa de Blandón y Valdes (2010), con personas víctimas de conflicto con deficiencias corporales (el caso de sobrevivientes de MAP, AEI Y REG), ha evidenciado que en relación al apoyo social: (1) la familia es uno de los actores sociales más importante para los sobrevivientes, pues brindan apoyo material, emocional, instrumental y cognitivo, (2) las personas reciben apoyo de sus familiares, la comunidad, los grupos armados, la pareja, los amigos y las instituciones, las cuales son según el caso de tipo instrumental, material y/o emocional.

Por su parte, Orejuela (2017), con el objetivo de determinar si existe influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por de MAP, MUSE y AEI, encuentra que las personas perciben altas puntuaciones en apoyo social general y en cada una de las dimensiones evaluadas (emocional/informacional, Instrumental, Interacción social positiva y Afectiva), siendo la dimensión de apoyo emocional/informacional la de menor puntuación. A su vez, identifica una correlación positiva estadísticamente significativa entre el apoyo emocional/informacional con la calidad de vida relacionada con la salud, es decir, a mayor percepción de apoyo mayor percepción de calidad de vida. Sin embargo, los resultados

indicaron bajos porcentajes de estimación de causalidad entre las variables evaluadas, siendo conveniente que se aborden otras variables que influyen en las mismas.

Apoyo gubernamental en las personas víctimas de conflicto con deficiencias en estructuras corporales en Colombia.

Ahora, concibiendo que dentro de las redes de apoyo se incluyen las instituciones y entes que brindan asistencia a las personas, en Colombia, para el caso de las personas que han sido víctimas de algún hecho dentro de conflicto armado, se ha evidenciado débil participación en la promulgación de políticas públicas, esto, al parecer, a causa de su mínima visibilización y bajo reconocimiento social de su dolor; lo cual ha profundizado las heridas que la guerra ha dejado en sus vidas (Roldán, 2007). Sumado a lo anterior, generalmente las víctimas del conflicto desconocen los recursos, las instituciones y los trámites que deben realizar para ser beneficiarios de programas de atención social (Ramos-Vidal, Holgado, & Maya-Jariego, 2014); situación que no es muy diferente en las personas con discapacidad o deficiencias.

Ahora, reconociéndose el sistema de salud como eje fundamental frente al bienestar especialmente de las personas con deficiencias en estructuras corporales o en funciones, también resulta serlo para las personas víctimas de conflicto con estas condiciones (García, Morales, García, González-Pardo, Matos, et al., 2013); sin embargo, aunque según las disposiciones legales se tiene como derecho el acceso a la salud, en la realidad se encuentra que no todos tienen dicho acceso (Rincón, Cantillo, Ordúz, & Mora, 2010).

En consecuencia, en la población colombiana se ha propagado una imagen de inoperancia, confabulación, o en muchos casos, corrupción política por parte de los representantes del gobierno (Ramos-Vidal, Holgado, & Maya-Jariego, 2014); lo cual termina por afectar la institucionalidad, que bien se reconoce como parte fundamental de la red social de apoyo del individuo (Abello y Madariaga, 1999; Molina, 2005; Vivanco, 2001).

En este sentido, para efectos de la presente investigación el *apoyo gubernamental* orientado a personas víctimas de conflicto con deficiencias en estructuras corporales será entendido como las responsabilidades que el Gobierno nacional adquiere tras admitir la existencia de un conflicto armado interno por más de 30 años (Ruiz, 2016), estas son tanto en reconocimiento como en garantía de cumplimiento de los derechos a la verdad, la justicia, las reparaciones y las garantías de no repetición de las víctimas; enmarcados en la justicia transicional (Centro Internacional para la Justicia Transicional [ICTJ], 2017) tal como lo disponen la Ley 975 de 2005 y la Ley 1448 de 2011.

Por consiguiente, a continuación, se abordarán las leyes, decretos y demás disposiciones que el estado colombiano a través de sus instituciones de gobierno y justicia han formulado frente a la situación de la población víctima del conflicto armado en Colombia y la población colombiana con discapacidad. Siendo pertinente ir anotando a la par las disposiciones que abordan ambas situaciones (ser víctima y tener discapacidad), develando así de forma breve la jurisprudencia aplicable para ambas situaciones de vulnerabilidad en el contexto colombiano, entendiéndose así que estas disposiciones hablan en general del apoyo dispuesto para la asistencia, atención y reparación de estas personas.

6.1.9. Marco legal de atención a población víctima y/o con discapacidad (deficiencias) en Colombia.

6.1.9.1. Las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Dentro de las primeras disposiciones para la prevención, atención y/o acompañamiento a las víctimas de hechos acontecidos en el marco del conflicto armado se destaca la Ley 387 de 1997, ésta, creó el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD) (Artículo 4) y el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población

Desplazada por la Violencia (CNAIPD) (Artículo 6), con el propósito brindar atención y estabilización socioeconómica de desplazados internos por la violencia en el país, dichas funciones fueron trasladadas años después al Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y al Comité Ejecutivo para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas respectivamente mediante el decreto 790 de 2012, instituciones creadas por mandato y en cumplimiento de la Ley 1448 de 2011; de la cual se ampliará información más adelante.

Continuando con lo dispuesto la ley 387 de 1997, planteaba que el gobierno nacional diseñaría un Plan Nacional Integral a la Población Desplazada por la Violencia (Artículo 9), brindando asistencia y protección a la población desplazada atendiendo a las necesidades básicas y dignas (Artículo 15) y promoviendo acciones que generen condiciones de sostenibilidad económica y social a mediano y largo plazo para la población desplazada (Artículo 17); siendo estas las primeras medidas tomadas por el estado para la prevención y atención a las víctimas del fenómeno del desplazamiento forzado en Colombia y quedando así constancia que la atención a población víctima del conflicto armado empieza a promulgarse como deber del estado y derecho de las personas desde 1997.

Así, bajo esta misma ruta, el estado colombiano continuaría reglamentando y declarando normas, y demás medidas a las que se encuentran sujetos las víctimas de hechos acontecidos en el marco del conflicto armado y por la violencia social o política en el territorio nacional, entre estos los decretos 2569, 2007 y 2131 del año 2000, la Sentencia T-025 de 2004, el Decreto 250 del año 2005 y los Consejos Nacionales de Política Económica y Social (CONPES) 2804 de 1995, 2924 de 1997, 3057 de 1999, 3115 de 2001, 3400 de 2005 (Departamento Nacional de Planeación, 2016, 2017). Entre otros que según Jaramillo (2007),

han sido cuestionados de manera vehemente desde los ámbitos académicos, institucionales y comunitarios.

Más adelante, para el año 2005 se promulga la ley 975, *por la cual se dictan disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios*, en ésta los capítulos VIII y IX datan los derechos de las víctimas frente a la administración de justicia y frente a la reparación.

En este mismo sentido, y bajo el propósito de establecer las medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas que beneficiarán a las víctimas del conflicto armado colombiano en el marco de la justicia transicional, para el año 2011 se publica la Ley 1448 que tiene como objeto brindar Ayudas humanitarias, Atención, Asistencia, Reparación integral y Rehabilitación a aquellas personas que:

individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985 (...). También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida (...)" (Artículo 3, p. 9).

Como principios de la mencionada Ley se declaran los siguientes: Dignidad, Buena fe, Igualdad, Enfoque diferencial, Progresividad, Gradualidad, Sostenibilidad, Prohibición de doble reparación y de compensación, Complementariedad, Participación conjunta, entre otros; siendo necesario anotar que el principio de buena fe (Artículo 5) se asume como la "confianza, seguridad y credibilidad que otorga la palabra dada" (Corte Suprema de Justicia, Sala Plena de la Corte Constitucional, Sentencia C-1194, 2008), entendiéndose y dictándose por este, que el Estado presumirá la buena fe de las víctimas, quienes podrán por cualquier

medio legalmente aceptado acreditar el daño sufrido, bastando a la víctima probar de manera sumaria dicho daño ante la autoridad administrativa, para que esta la releve de la carga de la prueba.

Por otro lado, la misma ley en el artículo 28 expone cuales son los derechos de las víctimas, entre estos se declara el acceso a la verdad, la justicia, la reparación, a acudir a escenarios de diálogo institucional y comunitario, a recibir y solicitar ayuda humanitaria, a participar en la formulación, implementación y seguimiento de la política pública de prevención, atención y reparación integral que deberá tener enfoque diferencial, a la reunificación familiar, a retorno a su lugar de origen con reubicación en condiciones de voluntariedad, seguridad y dignidad, a la información sobre medios de acceso a las medidas establecidas en la presente ley, el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, y otras disposiciones que como principio deberán reconocer que "hay poblaciones con características particulares a razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad" (art. 13, p. 13) identificados como grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas en el artículo 3.

Por tanto, su aplicabilidad (desde la ayuda humanitaria hasta procesos de rehabilitación) responderá al principio del enfoque diferencial, por consiguiente, la atención deberá tener en cuenta las diversas características y necesidades según corresponda a cada caso, acogiendo así a la población con discapacidad a nivel judicial (art. 43), promoviendo su participación (art. 32), garantizando las medidas de satisfacción (art. 139), procesos relacionados con la Memoria histórica (art. 145), con Garantías de no repetición (art. 149), entre otros mandatos que han sido reglamentados mediante el Decreto 4800 de 2011, especialmente en los Títulos IV (Medidas de estabilización socioeconómica y cesación de la condición de vulnerabilidad manifiesta), VI (Medidas de Asistencia y Atención), VII (Medidas de reparación integral) y IX (Participación de las víctimas).

De igual manera, la ley 1448 de 2011 crea y presenta el aparato institucional para la Atención y Reparación a las mismas (Título V), esté se conforma por la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación a las Víctimas (artículo 153), el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (artículo 159), exhortando a la creación de un Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (Capítulo IV), y el Fondo de Reparación para las Víctimas de la Violencia (artículo 177).

Ahora, frente a la indemnización por vía administrativa, existen dos referentes de la jurisprudencia frente al tema, por un lado, la Resolución 848 de 2014 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas resuelve que: quienes sufran lesiones físicas que causen incapacidad (no discapacidad) se les reconocerá indemnización por vía administrativa en función de los días de incapacidad así (artículo 4 parágrafo 2): (a) Entre 31 y 90 días de incapacidad el monto a reconocer serán 4 smmlv y (b) Por cada mes (1) o fracción del mes el monto a reconocer será 1 smmlv adicional o por fracción sin que el máximo a reconocer supere los 30 smmlv.

Por otra parte, el decreto 056 de 2015 describe en el artículo 16: *Incapacidades temporales*. Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, serán cubiertas por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Laborales si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, los artículos 2° y 3° de la Ley 776 de 2002, el parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Entre tanto, lo evidenciado hasta aquí permite ver uno de las mayores apuestas del estado Colombiano es mitigar el impacto y daños ocasionados en las personas víctimas del conflicto, para esto, mediante la Ley 1448 se crea el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) como conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias que a nivel individual, familiar y comunitario contribuirá a la rehabilitación psicosocial, física y mental en el marco de la reparación a las víctimas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017c). Dicho programa se divide en 2 (dos) componentes, a saber:

1. *Atención Psicosocial*: centrado en el daño y afectación psicosocial por lo cual un equipo multidisciplinar (psicólogos (as), trabajadores(as) sociales, enfermeros(as) y promotores(as) psicosociales) se acerca o recibe a las víctimas con el ánimo de escuchar, comprender y orientarles para "sanar aquellas afectaciones profundas que no se ven y que les ha dejado el conflicto" (Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2015, p. 6).

2. *Atención Integral en Salud*: que tiene como objetivo brindar asistencia integral en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial, con profesionales que brindan reconocimiento, comprensión y trato digno y reparador ya que esto es necesario para la rehabilitación y superación de las afectaciones causadas por la violencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Este componente incluye "las actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud" (OIM, 2015, p. 14).

En este mismo sentido, es necesario presentar lo descrito en el Decreto 600 de 2017, ya que este reglamenta la prestación humanitaria periódica para las víctimas del conflicto armado; este "aplica a las víctimas que con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 418 de 1997 (26 de diciembre de 1997), hubieren sufrido una pérdida de capacidad laboral igualo

superior al 50% como consecuencia de un acto de violencia suscitado en el marco del conflicto armado interno" (artículo 2.2.9.5.2) siendo necesario que se cumpla con los requisitos dispuestos en el Artículo 2.2.9.5.3 de la misma ley.

Así pues, en el artículo 2.2.9.5.4 se caracteriza la prestación humanitaria periódica como intransferible, declarándose que quien aspire a este reconocimiento deberá además de cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 600 del 2017, acudir directamente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de su jurisdicción, demostrando interés jurídico y con la historia clínica que refleja los hechos y la fecha en que ocurrió el acto de violencia que causó la invalidez (artículo 2.2.9.5.11), además deberá remitirse al Ministerio de Trabajo para iniciar el trámite de acreditación y reconocimiento donde debe presentar la documentación descrita en el artículo 2.2.9.5.5. En este Decreto, se detallan los procesos y tiempos necesarios para acceder a la prestación humanitaria, incluso cuales serían los eventos por los cuales la persona beneficiaría perdería dicha prestación (artículo 2.2.9.5.9).

Finalmente, es necesario mencionar que mientras las víctimas civiles se encuentran cobijadas por las disposiciones legales ya expuestas para lo referente en salud, en contraparte, las víctimas militares se encuentran cobijadas por la Ley 352 de 1997 desde la cual se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSMP) y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, siendo el objetivo de este "prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales" (artículo 2); "orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios" (artículo 3), quienes a su vez tienen el deber de: (a) Procurar el cuidado integral de su salud, la de sus familiares y la de la comunidad y dar cabal cumplimiento a todas las disposiciones que en

materia preventiva, de seguridad industrial y de higiene determine el SSMP, (b) Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y el de sus beneficiarios, (c) Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones y la dotación, así como de los servicios y (d) Pagar oportunamente las cotizaciones a que haya lugar. Así mismo, queda estipulado que "Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SSMP" (artículo 31).

6.1.9.2. Personas con discapacidad.

En Colombia, las disposiciones constitucionales declaran que "El estado protegerá especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta" (Constitución., 1991, art. 13) adelantando políticas para su rehabilitación e integración social mediante la atención especializada que se requiera (Constitución., 1991, art. 47), garantizando el derecho al trabajo acorde a sus condiciones de salud (Constitución., 1991, art. 54), el derecho a la educación (Constitución., 1991, art. 68) y otros que por concebirse como derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales de carácter universal acogen a las personas que tengan algún tipo de limitación o discapacidad (Constitución., 1991, art. 25, 48, 49, 52, 67, 70 y 366). Llegando incluso a declararse mediante el decreto 2381 de 1993 que el día 3 de diciembre de cada año se celebrará el Día Internacional de las Personas Discapacitadas.

Siguiendo con lo anterior, para 1997 mediante la Ley 361 se establecen los mecanismos para la normalización social y total integración de las personas con limitación (Artículo 3) declarándose como obligaciones ineludibles del estado "la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas, la educación apropiada, la

orientación, la integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales" (Artículo 4), se describen además obligaciones del estado en Educación (Capítulo II), Rehabilitación (Capítulo III), Integración Laboral (Capítulo IV), Bienestar social (Título III), y Accesibilidad relacionada a barreras arquitectónicas, transporte y comunicación (Título IV).

Posteriormente la Ley 1145 de 2007 organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, el cual tiene como objeto coordinar los diferentes actores que intervienen en la inclusión social de las personas con discapacidad impulsando la formulación e implementación de la política pública en discapacidad.

Así mismo, el congreso de la república de Colombia aprueba mediante la Ley 1346 de 2009 la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad" la cual tiene como propósito que los estados miembros de las Naciones Unidas promuevan, protejan y aseguren el goce en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, quienes al interactuar puedan hallar impedimentos en su participación plena y efectiva en la sociedad.

En concordancia con lo anterior, para el año 2013 se establecen por medio de la Ley 1618 las disposiciones para garantizar y asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, logrando que mediante acciones concretas se mejore la calidad de vida de las personas con discapacidad (Artículo 2), por tanto describe cuales son las obligaciones que tanto estado como sociedad tiene frente al ejercicio efectivo de los derechos de estas personas (Titulo III) y se dictan las medidas que garantizarán el derecho a habilitación y rehabilitación integral, salud, educación, protección social, acceso y accesibilidad, transporte, información y

comunicaciones, cultura, recreación y deporte, prácticas turísticas, vivienda y justicia (Título IV).

Concluyendo el Ministerio de Salud (2017) en su balance del proceso de reglamentación de la Ley 1618 de 2013 (con corte al 15 de Marzo del 2017), que en dicho proceso se ha contado con el compromiso y participación activa de todos los sectores, logrando que en el país se expidieran normas de amplio impacto como el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 que ha transversalizado el compromiso del país con los derechos de las personas con discapacidad, o el Plan Decenal de Salud Pública que dentro de sus componentes ha incluido la atención a esta población reconociéndola como sujetos de especial protección en salud, entre otras referentes al área Laboral, Acceso y accesibilidad, Transporte, Información y comunicaciones, Recreación y Deporte, Vivienda y Participación ciudadana.

6.1.9.3. Personas víctimas del conflicto armado con discapacidad.

Con el objetivo de proteger a las personas desplazadas, con discapacidad, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la Sentencia T-025 de 2004 la Corte Constitucional de Colombia ordena mediante el Auto 006 de 2009 que (1) se suplan las falencias de información sobre las personas desplazadas con discapacidad estableciendo además criterios unificados para la recolección de la misma, (2) Diseñar e implementar un programa nuevo para la protección diferencias de las personas con discapacidad y sus familias de cara al desplazamiento forzado, (3) Diseñar y ejecutar 5 pilotos (Antioquia, Caquetá, Nariño, Tolima y Bogotá) de prevención y atención a la población con discapacidad (y su familia) en situación de desplazamiento forzado, y (4) brindar protección a 15 casos concretos individualizados ante la corte.

Ahora, para el caso de las personas víctimas que consideran que deben ser reconocidas como personas con discapacidad, estas deberán acogerse a la Resolución 848 de 2014 "Mediante la cual se establecen los lineamientos, criterios y tablas de valoración diferenciales para el hecho victimizante de lesiones personales" aplicable a las víctimas de lesiones físicas y/o sensoriales que causen o no discapacidad (entendiéndose incapacidad permanente como discapacidad (art. 4, párrafo 2). Así pues, quienes sufran lesiones físicas o sensoriales que causen discapacidad se les reconocerá indemnización por vía administrativa por el monto máximo previsto en el artículo 149 del Decreto 4800 de 2011 (40 SMLMV) aplicándose en todo caso las deducciones descritas por el artículo 154 del mismo, sin recurrir a tablas de indemnización que determinen montos diferentes. Para efectos de la inclusión en el RUV y el reconocimiento de la indemnización se aplicará cualquiera de las siguientes reglas según el caso:

A) La víctima deberá aportar certificación de discapacidad expedida por la EPS o aseguradora. Este documento no podrá tener una vigencia superior a un año (...) La víctima podrá pedir a su médico tratante adscrito a su Entidad Administradora de Plan de Beneficios un certificado que consigne un diagnóstico clínico relacionado a las limitaciones ocasionadas por la discapacidad.

B) Cuando el Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga) reconozca o hubiere reconocido indemnización por incapacidad permanente, se asumirá que la indemnización por incapacidad permanente "Es el valor a reconocer, por una única vez, a la víctima de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, cuando como consecuencia de tales acontecimientos se produzca en ella la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente." (según Decreto 3990 de

2007 derogado por el decreto 056 de 2015 art. 12) considerando que "por causa de dichos eventos, hubiere perdido la capacidad laboral en alguno de los porcentajes establecidos en la tabla contenida en el artículo 14 del presente decreto, pérdida que deberá ser calificada por la autoridad competente" (art. 13) bajo los términos y ante las entidades descritas en el artículo 142 del decreto ley 019 de 2012, teniendo como termino para presentar la reclamación el tiempo "dentro del año siguiente a la fecha en la que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral" (Ley 056 de 2015, art. 15).

Así pues, la condición de ser víctimas y encontrarse con discapacidad (entendida como la deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que al interactuar con barreras pueden impedir su participación en igualdad de condiciones a los demás) puede darse bajo los siguientes escenarios (Subdirección de Coordinación Técnica del SNARIV, 2016):

- Cuando el hecho victimizante genera de forma directa la discapacidad física, sensorial, intelectual, mental o múltiple.
- Cuando la víctima ya presentaba una discapacidad antes de la ocurrencia del hecho victimizante, pero el hecho victimizante agravó la discapacidad.
- Cuando la víctima ya ha experimentado el hecho victimizante y luego adquiere la discapacidad.

Existiendo la obligación para las entidades departamentales, distritales, y municipales de adoptar los Planes de Discapacidad, los cuales deben incidir en los Planes de Desarrollo local, coordinadamente con los Planes de Acción Territorial (Unidad para las Víctimas, 2017)

7. Resultados

Análisis estadístico preliminar

Para hallar el nivel de consistencia interna de los instrumentos en la muestra, se calculó el Alfa de Cronbach encontrándose los siguientes resultados para cada una de ellas (Tabla 4):

Tabla 4.

Análisis de consistencia interna para APGAR-Familiar y MOS.

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
1.APGAR – Familiar	,758	5
2.Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social - MOS	,948	19
2.1.Apoyo emocional	,894	8
2.2.Apoyo instrumental	,816	4
2.3.Apoyo de interacción social positiva	,897	4
2.4.Escala apoyo afectivo	,823	3

Fuente: Elaboración propia

Respecto a los coeficientes arrojados, con base en lo planteado por George y Mallery (2003, citado por Kılıç, 2016), el cuestionario APGAR obtiene un coeficiente que permite interpretar que su consistencia interna es *acceptable*. En cuanto al cuestionario MOS (escala global), el coeficiente refleja que la consistencia interna de este es *excelente*; en ese mismo sentido, los coeficientes arrojados por cada una de sus subescalas orientan a considerar que la consistencia interna de estas se cataloga como *buena*, en este sentido los instrumentos se consideran fiables.

Por otra parte, para explorar la naturaleza de la distribución de datos, entiéndase esta como la distribución de valores que una muestra arroja respecto a una variable, se revisó si los valores responden a una distribución gaussiana (Rubio, & Berlanga, 2012), por tanto, se recurrió a la generación del histograma para los valores arrojados por cada instrumento mediante el SPSS.

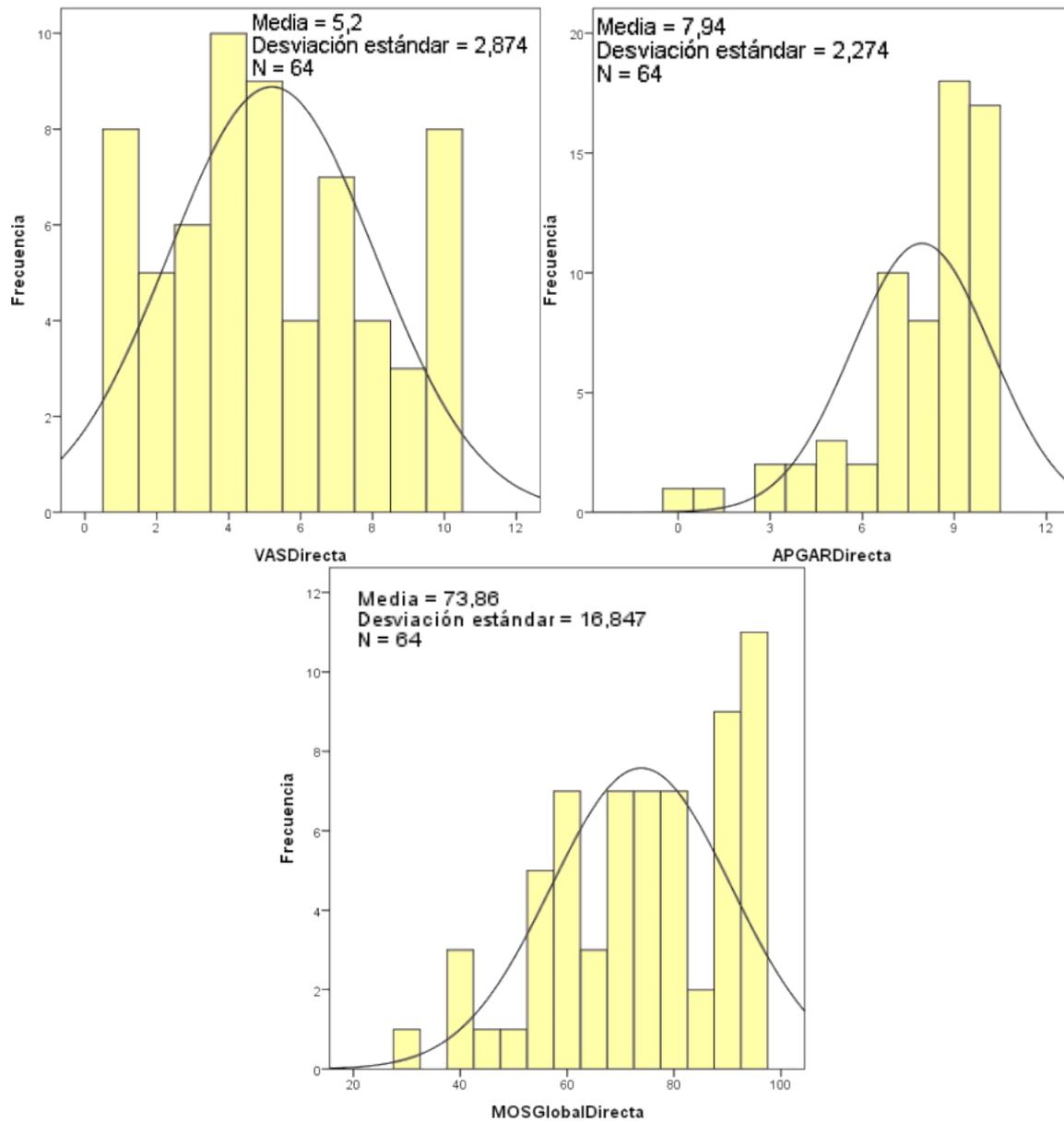


Ilustración 2. Histogramas de distribución de datos para VAS, APGAR-Familiar y MOSGlobal. Fuente: Elaboración propia

Los histogramas (Ilustración 2) permiten entrever que no existe una distribución normal puesto que no se evidencia simetría en la distribución de los datos. Sin embargo, atendiendo a que existen métodos de mayor rigurosidad que permiten corroborar si la distribución es normal o no, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorv-Smirnov para una muestra (K-S) (Rubio, & Berlanga, 2012).

Tabla 5.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

		VASDirecta	APGARDirecta	MOSGlobalDirecta
N		64	64	64
Parámetros normales	Media	5,20	7,94	73,86
	Desviación estándar	2,874	2,274	16,847
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,122	,227	,112
	Positivo	,122	,182	,105
	Negativo	-,079	-,227	-,112
Estadístico de prueba		,122	,227	,112
Sig. asintótica (bilateral)		,019	,000	,045

Fuente: Elaboración propia

Al ser calculada mediante el SPSS, la prueba permitió confirmar que los datos tienen distribución anormal (no homogénea) puesto que el coeficiente obtenido (estadístico de prueba K-S) es significativo ($p < 0.05$) para cada una de las variables, tal como se evidencia en la Tabla 5. Por tanto, a la hora de identificar si las variables guardan correlación significativa se utilizará el coeficiente Rho de Spearman, ya que es el recomendado para análisis no paramétricos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Descripción de datos sociodemográficos

La muestra estuvo compuesta en un 85,9% por hombres y un 14,1% por mujeres, la edad promedio fue de 46,4 años encontrándose mayor prevalencia entre los 34 y 49 años (48,4%) y los 50 años en adelante (37,5%).

Tabla 6.

Datos sociodemográficos.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	11	17,2
Casado(a)	29	45,3
Divorciado(a)	6	9,4

Viudo(a)	2	3,1
Unión libre	16	25,0
Total	64	100,0
Nivel de Escolaridad		
Sin estudios	4	6,3
Primaria	36	56,3
Secundaria	14	21,9
Técnico/Tecnológico	5	7,8
Universitario	3	4,7
Posgrado	2	3,1
Total	64	100,0
Situación Laboral		
Activo	17	26,6
Jubilado	12	18,8
Hogar	8	12,5
Desempleado	24	37,5
Activo y Jubilado	3	4,7
Total	64	100,0
Nivel de Ingresos		
Sin Ingresos	12	18,8
Menos del mínimo	26	40,6
El mínimo	10	15,6
Más del mínimo	16	25,0
Total	64	100,0
Fuente de Ingresos		
Gubernamental	12	18,8
Vinculación laboral	4	6,2
Independiente	25	39,1
Sin Ingresos	12	18,8
Gubernamental e independiente	6	9,4
Vinculación laboral e independiente	2	3,1
Gubernamental y vinculación laboral	3	4,7
Total	64	100,0
Nivel Socioeconómico		
Estrato 1	40	62,5
Estrato 2	16	25,0
Estrato 3	8	12,5
Total	64	100,0
Sector de Residencia		
Rural	27	42,2
Urbano	37	57,8
Total	64	100,0
Sector de Procedencia		
Rural	43	67,2
Urbano	21	32,8
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración propia

Atendiendo a los datos presentados en la tabla 6, se destaca que, en cuanto al estado civil, el 45,3% de los sujetos están casados (as), mientras que el 25% convive en unión libre y el 17,2% son solteros (as); respecto al nivel de escolaridad el 56,3% ha cursado primaria, el 21,9% secundaria, frente a un 6,3% que no han alcanzado ningún grado de escolaridad.

Ahora, el 37,5% de la muestra afirma estar desempleado, sin embargo el 26,6% se encuentra activo laboralmente; en lo que concierne al nivel de ingresos, el 40,6% reporta que estos son inferiores al salario mínimo mensual legal vigente (smmlv) frente a un 25% que afirma tener ingresos superiores al smmlv, siendo la principal fuente de ingresos las labores independientes (39,1%) seguido de gubernamental (18,8%); así mismo, respecto al nivel socioeconómico, el 62,5% de la muestra reporta pertenecer a estrato 1 y el 25% al estrato 2. Cabe aquí destacar que actualmente el lugar de residencia del 57,8% es el sector urbano, aunque un 67,2% de la muestra procede del sector rural.

Tabla 7.

Aspectos relacionados a la situación de víctima de conflicto armado.

Eventos victimizantes	Frecuencia	Porcentaje
Acto terrorista, Atentados, Combates, Hostigamientos	12	12,76
Amenaza	5	5,31
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar, Artefacto Explosivo (MAP, MUSE, AEI)	53	56,38
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	1	1,06
Desplazamiento	22	23,4
Total	93	100,0
Hecho Relacionado a la Deficiencia	Frecuencia	Porcentaje
Acto terrorista, Atentados, Combates, Hostigamientos	6	9,4
Amenaza	1	1,6
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar, Artefacto Explosivo (MAP, MUSE, AEI)	53	82,8
No aplica	4	6,3
Total	64	100,0
Sector de ocurrencia del hecho	Frecuencia	Porcentaje
Rural	58	90,6
Urbano	6	9,4
Total	64	100,0

Periodo anual relacionado al hecho victimizante	Frecuencia	Porcentaje
2015-2017	4	6,3
2010-2014	5	7,8
2006-2009	8	12,5
2002-2005	12	18,8
1998-2001	8	12,5
1994-1997	10	15,6
1990-1993	11	17,2
1986-1989	1	1,6
1982-1985	3	4,7
1970-1973	1	1,6
1962-1965	1	1,6
Total	64	100,0

Vinculación Institucional	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	42,2
No	37	57,8
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración propia

Por lo que se refiere al hecho victimizante se destaca que los accidentes con Minas Antipersonal, Munición sin Explotar, Artefacto Explosivo (MAP, MUSE, AEI) representan los eventos más frecuentes en la muestra con un 56,3% sobre los 93 acontecidos, a su vez, representa el 82,8% de los casos en los que el hecho se relaciona como causa de la deficiencia; por lo general el lugar de ocurrencia de los hechos es el sector rural (90,6%), aconteciendo con mayor frecuencia en los periodos de 1990 a 1993 con el 17,2% y del 2002 al 2005 con el 18,8%; entre tanto, el 42,2% de la muestra manifiesta que se encuentra vinculado a una institución pública y/o privada que le brinda atención, asesoría o cualquier otro tipo de acompañamiento frente a su situación de víctima de conflicto armado o de persona con deficiencia estructural (Tabla 7).

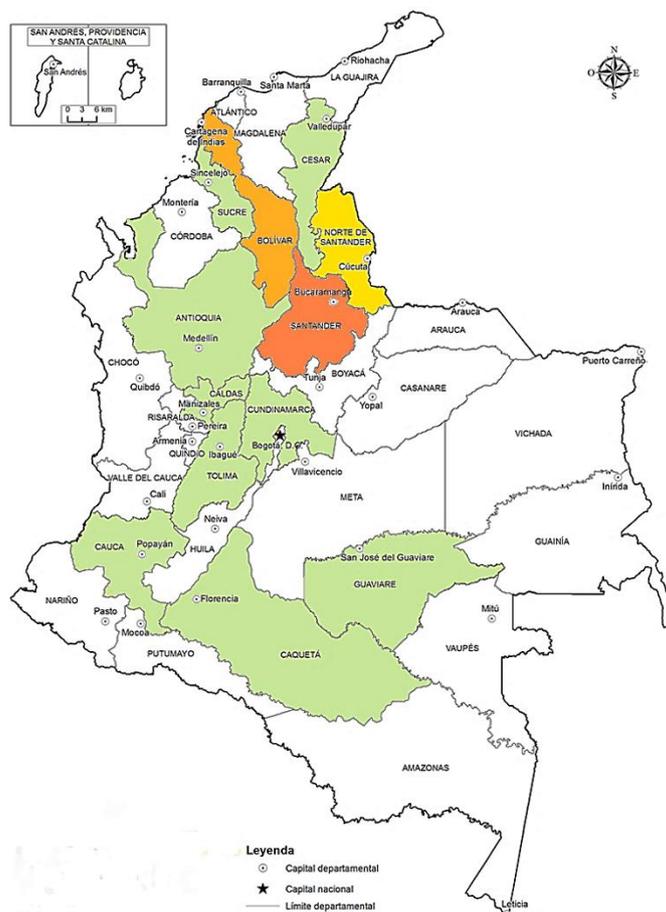


Ilustración 3. Departamentos en donde ocurrió el hecho relacionado a la deficiencia. Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en la ilustración 3, se han señalado los departamentos en donde han ocurrido los hechos relacionados como causa de la deficiencia en las personas integrantes de la muestra; así pues, el 48,4% de los hechos ha acontecido en el departamento de Santander, seguido de Bolívar con el 17,2%, Norte de Santander con el 9,4% y el resto de los hechos han acaecido en los demás departamentos señalados (Cesar, Sucre, Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Tolima, Cauca, Caquetá y Guaviare).

Finalmente, acerca de las deficiencias que presentan las personas de la muestra, cabe anotar que en el 71,9% de los casos la deficiencia se halla en estructuras relacionadas con el movimiento, y en estructuras del ojo, el oído y relacionadas en un 15,6%; dichas deficiencias obtienen el calificativo de ausencia total (de la estructura) en el 57,8% de los casos, y

cambios cualitativos en el 23,4% de estos; en este mismo sentido cabe mencionar que el 67,2% de la muestra presenta un (1) solo tipo de deficiencia, frente al 28,1% de los casos donde las personas presentan dos (2) deficiencias estructurales.

Descripción de las variables intensidad de dolor percibido, satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y apoyo social percibido.

Este apartado se mostraron los datos hallados a través del procesamiento realizado a los instrumentos que miden las variables: dolor, funcionalidad familia y apoyo social; siendo complementados con los datos cualitativos producto del análisis de las categorías preestablecidas: (1) experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno (Ilustración 7), (2) opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto armado (Ilustración 8, 9, 10) y (3) apoyo social percibido y red social de personas con deficiencias (Ilustración 11) y sus correspondientes subcategorías y categorías emergentes (de primer y segundo nivel), como se describe en la matriz categorial (Anexo 8).

Partiendo de la medición obtenida mediante la escala *Pain Visual Analogal Scale (VAS, Escala Visual Analógica)* para la intensidad de dolor percibido por la muestra, el 42,2% de los participantes se ubica en un nivel *moderado*, seguido del nivel *leve* (31,3%) y *severo* (26,6%), con desviación estándar de 8,260 y

En relación a ello, las personas entrevistadas manifestaron sentir niveles altos de dolor con expresiones como:

En muchas veces he estado como acá, como ahorita estar acá y voy y me acuesto y al otro día no ser capaz de poder levantarme, el dolor insoportable (2:247).

Sin embargo, emerge una categoría relacionada al pensamiento resiliente frente al dolor, donde la experiencia es transformada hacia lo positivo.

Yo siempre expreso alegría y verriquera, entonces no han tenido la oportunidad de expresar si (...) no han sabido si yo he sentido dolor o no por que el dolor lo lleva uno por dentro, pero en este caso no hay dolor, en este caso lo que hay es alegría (1:390).

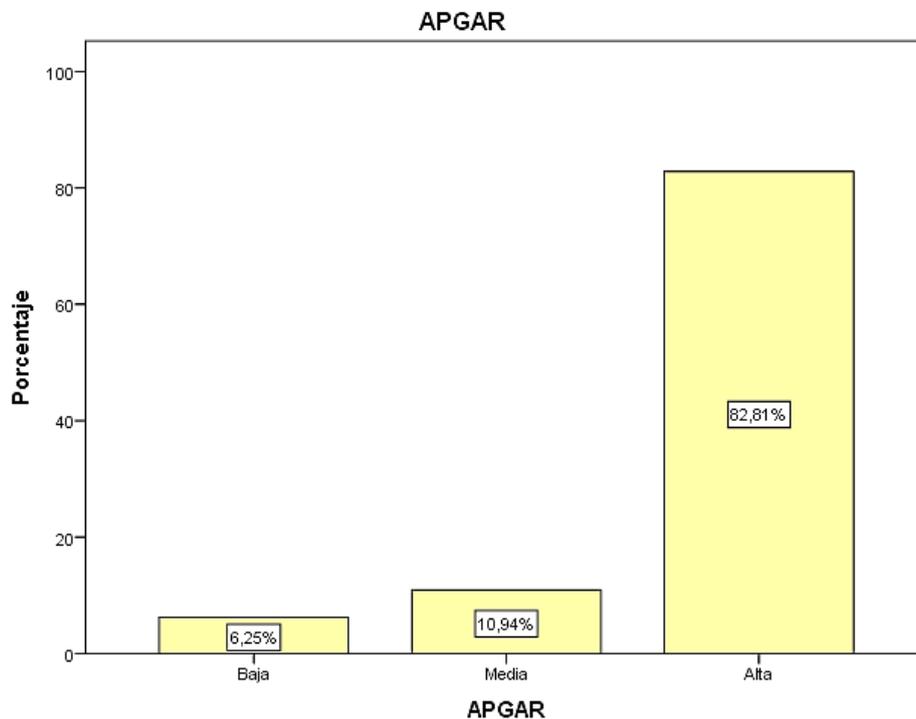


Ilustración 4. Resultados APGAR-Familiar. Fuente: Elaboración propia

Por su parte, de acuerdo a los resultados obtenidos por la muestra en el cuestionario *APGAR-Familiar*, la satisfacción con el estado de funcionamiento familiar percibido, concíbese este como la valoración de la persona respecto a la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive como sistema familiar, la muestra reflejó poseer una satisfacción *alta* en un 82,81% de los participantes y *media* en un 10,94% (Ilustración 4), las putnuaciones tiene desviación estándar de 2,274.

Estos resultados se apoyan con la versión de las personas entrevistadas, quienes identifican al núcleo familiar como uno de los principales sistemas en la vida de las personas con deficiencia en estructuras corporales.

La familia apoya mucho, es la que normalmente nos soporta, es la que normalmente pasa con nosotros las “verdes y las maduras”, es la que normalmente está ahí siempre (1:79).

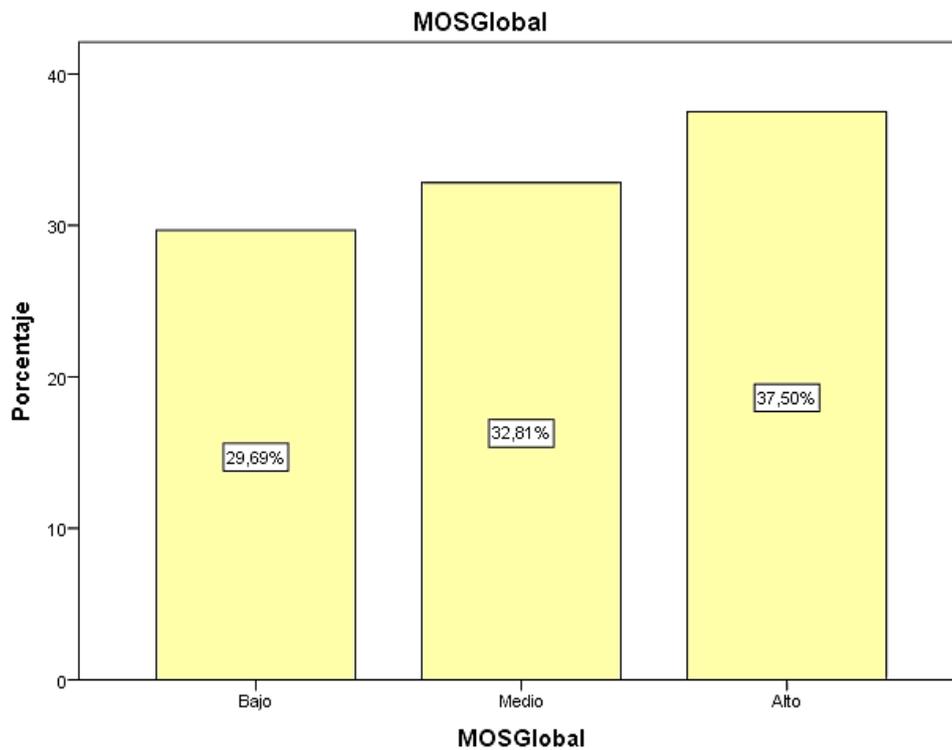


Ilustración 5. Puntuación global cuestionario MOS. Fuente: Elaboración propia

Finalmente, los datos obtenidos mediante el *Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social – MOS* (Ilustración 5) utilizado para medir apoyo social percibido, refiere que el grupo que percibe un apoyo social *alto* por parte de su familiares cercanos u amigos íntimos lo representa un 37,50% de la muestra, a la par, las puntuaciones obtenidas para el grupo que percibe apoyo social *medio* es del 32,81%, encontrándose que la puntuación promedio de la prueba fue de 73,85 con desviación estándar de 16,847. En relación a la red social, la muestra reportó que en promedio cuenta con 5 amigos íntimos y entre 7 y 8 familiares cercanos.

En este sentido, se encuentra que las personas entrevistadas perciben recibir más apoyo por parte de su familia, en comparación al recibido por sus amigos o allegados, pues consideran que la familia es el primer recurso con el que cuentan para enfrentar los momentos difíciles y de quienes perciben un apoyo inmediato y seguro.

En los diversos problemas que uno tiene siempre ve que los primeros que están son la familia (2:166).

Mi familia es la primera que me brindó ese apoyo entonces todo lo que he logrado es gracias a mi familia (2:244).

He tenido buenas amistades con ellos, es por eso que me he sentido orgulloso por eso y me siento orgulloso (2:345).

Tabla 8.

Resultados subescalas del cuestionario MOS.

MOS Apoyo Emocional		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	29,7
Medio	23	35,9
Alto	22	34,4
Total	64	100,0
Desviación estándar		7,828
MOS Apoyo Instrumental		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	18,8
Medio	33	51,6
Alto	19	29,7
Total	64	100,0
Desviación estándar		3,940
MOS Interacción Social Positiva		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	25,0
Medio	17	26,6
Alto	31	48,4
Total	64	100,0
Desviación estándar		4,351
MOS Apoyo Afectivo		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	17,2
Medio	17	26,6
Alto	36	56,3
Total	64	100,0

Desviación estándar	2,713
---------------------	-------

Fuente: Elaboración propia

Ahora, en relación a las subescalas que mide el mismo instrumento y que se muestran en la Tabla 8, se encontró que la muestra percibe apoyo de tipo emocional-informacional (soporte emocional, información y consejos) en un rango *medio* (35,9%) y *alto* (34,4%). De igual forma respecto al apoyo instrumental, traducido en la conducta material de apoyo u orientación de problemas, el 51,6% de los participantes percibe este tipo de apoyo como *medio*. Frente a las interacciones sociales positivas, es decir, las oportunidades para llevar a cabo actividades divertidas, estas fueron percibidas como *altas* (48,4%), y, finalmente, respecto al apoyo afectivo (expresiones de amor y afecto) el 56,3% de los participantes lo perciben como *alto*.

Estos datos se complementan con los resultados hallados a través de la entrevista así: el tipo de apoyo percibido con mayor fundamentación es el apoyo emocional percibido de la red de apoyo primaria, el cual se relaciona a conductas de soporte emocional ante los problemas o frente al evento de victimización al que estuvieron expuesto; sea la afectación de alguno de sus miembros (estructuras corporales) o al hecho victimizante.

Ellos siempre están ahí como que “hágale hágale no se deje” (1:341).

Seguidamente se encuentra en relación a la categoría apoyo instrumental percibido de la red de apoyo primaria, que el apoyo se materializa en: la ejecución de tareas domésticas, la asistencia en actividades que originan dificultad a causa de la deficiencia presente, el relevo en actividades y/o responsabilidades y el préstamo de dinero para cubrir algunas necesidades.

Pues en el apoyo que tengo de las personas cuando a veces no he podido digamos ir a trabajar porque me duele la pierna, entonces dicen quédese no trabaje, ósea uno mira el apoyo de la familia y de los amigos (1:299)

Frente a la categoría interacción social positiva, aunque con menor fundamentación se encuentra que las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias corporales comparten espacios en donde se relajan y divierten, especialmente con sus amigos más cercanos; situación de les permite dar un respiro frente a los problemas.

También claro, eso sí, sí, le toca uno decir “no, hoy no voy, déjenme descansar”, no, eso la amistad es excelente, gracias a dios sí. (2:438).

Esas veces no se acuerda de la enfermedad, uno la aleja como que le deja ir en ese momento, y es chévere tener ese apoyo (2:130).

Finalmente, en relación a la categoría apoyo afectivo percibido de la red de apoyo primaria, las personas refieren que este se demuestra a través de expresiones de cariño y/o preocupación por su estado actual, visito desde un punto de vista positivo como el afecto de su familia y amigos hacia ellos.

Pues en el caso de mi familia, digámoslo como estar con uno a veces llamándolo, ¿cómo se siente hoy?, ¿cómo está usted hoy?, ¿Cómo amaneció?, diría yo como en ese sentido (1:362).

De pronto en el aspecto de pronto de comprensión, de cariño (1:134)

Ahora bien, para analizar el *apoyo gubernamental* percibido se tuvieron en cuenta dos categorías: (1) experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno, compuesta por las subcategorías: asistencia inmediata, atención o beneficio recibido y atención del PAPSIV y (2) opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto armado, compuesta por las subcategorías: necesidades importantes de cubrimiento, calificación negativa al apoyo del gobierno y calificación positiva al apoyo del gobierno.

Inicialmente en la categoría experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno, se encuentra que de las personas entrevistadas reconocidas como víctimas de conflicto armado que además presentan deficiencias corporales, algunos mencionan que tras el hecho que los hizo víctimas, sea causa o no de su deficiencia, no recibieron ningún tipo de asistencia inmediata:

Nunca jamás en la vida me dieron información de nada absolutamente nada, incluso duré postrado en una cama en un hospital más de 7 meses en la unidad de cuidados intensivos (...) (1:369).

Mientras que otros, recibieron asistencia inmediata al hecho por parte de funcionarios de ONG's o fundaciones principalmente, o por funcionarios públicos, en: atención psicológica, servicio médico, ayuda humanitaria y orientación en los tramites.

Cuando me pasó el accidente pues sí tuve todo eso de ¿cómo es?, de psicólogo y todo eso mientras estuve en el hospital y como tres meses después estuve asistiendo por ahí con los psicólogos (1:252).

Frente a esto y en relación a la atención recibida actualmente, puede resultar importante destacar que la atención que reciben algunas personas es nula, es decir, no reciben atención o beneficio por parte de entidades públicas, privadas o ONG's o fundaciones.

No, ninguna, todo lo que he conseguido lo he conseguido yo con mis propios medios y con mis sacrificios, con rifas, con de todo (1:368).

Sin embargo, algunos de ellos destacan que lo han recibido, por parte de ONG's, fundaciones u otras entidades no gubernamentales.

Todavía estoy de la cruz roja internacional me regaló la prótesis que tengo y si no andaría en muletas, aquí donde estuviera estaría en muletas si no hubiera sido por la cruz roja internacional (1:258).

Ahora, aquellos que refieren recibir apoyo por parte de una entidad pública, destacan recibir apoyo en: asistencia en salud física y mental, capacitación y formación, los servicios prestados por el PAPSIVI y en asistencia económica, la cual encierra la indemnización otorgada por el estado.

Pues a mí en lo personal me brindaron lo que fue la prótesis, me brindaron una indemnización un pago como de 20 millones algo (...) y de ahí pa'lante pues ya he estado solo ¿no? (1:249).

Unido a esto, uno de los servicios o garantías de derechos contemplados por la ley refiere al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), en este sentido de aquellos que lo conocen indican que han recibido atención del mismo, sin embargo, califican los servicios prestados de forma negativa.

Mmm lo solicité como dos veces y no estuve muy satisfecho (2:211).

Vale destacar además que en las personas entrevistadas se encontraban ex miembros de la fuerza pública, soldados bachilleres que fueron relevados de su cargo tras el accidente y la consecuente deficiencia en estructuras corporales, ellos afirman que su asistencia se materializó principalmente en el cubrimiento de los servicios de salud, aunque algunos han recibido además subsidio de vivienda y pensión.

Como militares retirados de la fuerza pública pensionados por discapacidad lo que tenemos es un servicio médico del sistema de salud de las fuerzas militares, el cual cubre pues servicio general y servicio psiquiátrico (...) (1:55).

Conocer la experiencia de las personas víctimas de conflicto armado con deficiencia corporal frente a los servicios o beneficios del gobierno permite hallar una relación con su percepción de apoyo por parte del mismo, que se orienta hacia percepción de no atención por parte de las entidades gubernamentales.

Ahora, en la categoría *opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto* se da a conocer los puntos el punto de vista de las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias corporales en relación a los servicios o beneficios recibidos por parte de instituciones gubernamentales y su opinión acerca de las necesidades que deben ser cubiertas por las mismas.

En este sentido, la mayor fundamentación de los datos refleja que las personas entrevistadas manifiestan tener una calificación negativa frente al apoyo del gobierno, ubicando 4 principales razones: percepción de inoperancia de las entidades públicas, percepción de corrupción del sector público –tanto de funcionarios como entidades-, percepción de incumplimiento por parte del gobierno y poca celeridad en los procesos.

El gobierno nacional se piensa los programas que tiene y son programas que usted los presenta en cualquier parte del mundo para conseguir recursos, la gente eso lo ve una machera, el problema no son los programas, el problema es como los desarrollan, como lo ejecutan, ¿por qué los recursos no llegan donde deben llegar? ¿Por qué siempre hay esa situación? (1:163).

Llegan y llegan programas, pero por decir la administración acá tienen su tipo de corbata para darle la vivienda, por decir en la vereda mi salieron ahorita 6 viviendas a mí siempre me dejaron sin vivienda sabiendo que yo tengo una discapacidad y no tengo vivienda (...) (2:61).

En este sentido, las personas afirman además que la desarticulación de las instituciones públicas, así como la deficiencia en el sistema de salud y justicia son las principales causas de su percepción de inoperancia; mientras que la percepción de corrupción causa desconfianza frente a los procesos y entidades gubernamentales en los entrevistados.

Además, esta última se relaciona en primer lugar con la percepción de incumplimiento de las personas por parte de los funcionarios públicos encargados de la atención y en segundo lugar

con la poca celeridad en los procesos administrativos y la ineficiencia de los programas ejecutados por las entidades gubernamentales. En este sentido las personas destacan que esta ineficiencia se debe al parecer al desconocimiento acerca de la realidad de las personas víctimas de conflicto armado (sus condiciones socioeconómicas, de salud, entre otras), siendo la exclusión de las personas víctimas de los procesos adelantados por las entidades que trabajan para beneficiarlas, una de sus principales causas.

No tiene como un censo donde conozcan las personas, las necesidades de las personas (2:172).

Incluirlos en ese programa, sería muy importante desde nosotros hiciéramos esas medidas como medida de reparación integral (2:182).

En un segundo nivel de fundamentación se encuentran principalmente como razones de su calificación negativa, la deficiencia en la atención por parte del funcionario público, la percepción de abandono por parte del gobierno y la percepción de inequidad frente a procesos que se adelantan con ex-miembros de grupos armados ilegales.

Pasé los papeles para víctimas y eso es un protocolo muy largo, que es jarto, es aburridor, tedioso, “que vaya que ahora haga esto, que haga otro papel, que no sirve, que eso usted no que eso más bien haga esto”, eso es un corre corre, que eso es desgastante (...) (2:425).

yo estuve la semana pasada allá en la alcaldía y dijeron “hace tres días vino acá la vino acá los de víctimas” y ¿Dónde hubo una llamada?, saben dónde está uno ubicado, saben dónde está uno radicado porque todo eso lo pregunta, nombres, direcciones, teléfonos mil dos mil veces lo preguntan, y si vienen acá y hacen una jornada ¿por qué no? “oiga venga julanita usted está incluido, ¿Cómo está?”, nada, es que nada, yo puedo decir que totalmente abandono total del estado (2:426)

uno ve otros hechos victimizantes, ve uno victimarios que fueron contradictores de nosotros viviendo bien, uno se da cuenta por decir por ejemplo cuando el gobierno de Uribe, a estos criminales que se acogen y el los metió a grandes parcelas a sembrar

ají y grandes ayudas con sueldos mensuales y siendo unos criminales, ahora nosotros que fuimos unas víctimas del campo, gente inocente, mujeres inocentes, y nunca hemos tenido una ayuda de eso, nunca (2:79).

Igualmente resaltan encontrar deficiencias en la atención por parte del funcionario público, lo que ocasiona confusión en los trámites que se deben adelantar para ser acreedores de los beneficios que otorga el estado a la población, esto por tanto se relaciona al desconocimiento que las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias poseen frente a los diferentes procesos que se deben adelantar.

Muy mala la calidad de la información que ellos dan, unos la dan de una manera y otros a los ocho días la contradicen, y dicen que lo que el otro le dijo era mentira, entonces por esa parte lo he escuchado por mis propios oídos y pues está mal ¿sí?, ellos como una unidad deben estar unidos en cuanto a dar una información correcta y concreta de lo que deben decir a las víctimas, eso sí, ahí sí está falla la cosa (1:12).

Porque (...) pues como me comentó la muchacha (inaudible) que a mí no me indemnizaban porque no era mocho de los dos pies, y pues a mí me pareció mal hecho que me dijera eso porque realmente como me va a decir eso ella a mí, que yo no voy a recibir una indemnización porque yo no soy mocho de los dos pies, tengo que mocharme las dos patas (...) o porque no perdí los ojos, porque no perdí las manos (...) pero entonces sí, a mí me pareció mal hecho lo que ella me dijo, me dijo que “estos días vuelvo” y dentro de mí pensé que no volvería porque (...) no volvió (1:235).

De forma contraria, hay personas que poseen una calificación positiva acerca del apoyo o beneficios brindados por el gobierno. Esta valoración surge a partir de dos principales razones: perciben un adecuado funcionamiento del sistema de justicia en la atención específica de sus casos y consideran que recibieron una adecuada atención y cubrimiento en salud inmediatamente después a la ocurrencia de su caso de victimización.

Cuando usted coloca una denuncia “mire a mí me pasó esto” ellos hacen la investigación pertinente, si es una denuncia penal y hay un culpable en concreto pues ya la fiscalía toma acciones, ósea las instituciones del estado en el aspecto de las víctimas del conflicto armado y el proceso que se le deba de dar para que ellos puedan tener una justicia social si es bien manejado por los funcionarios (1:151)

Pues yo creo que fue lo mejor, porque prácticamente yo llegué muerto allá y allá me recuperaron, yo siempre lo he dicho a mí me sacaron del ataúd allá (...) yo iba demasiado mal mal mal mal, destrozado mis piernas, con paratomía, medio pulmón necrótico, la mano casi en el suelo también, y pues gracias allá me salvaron las heridas y volví a nacer (1:184).

Ahora, tras la calificación que hacen las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias corporales acerca del apoyo del gobierno, pasan a destacar cuales son la necesidad más importante que para su opinión deben ser cubiertas por el gobierno de manera oportuna e inmediata. En este sentido se destacan 5 grupos de necesidades que presentan mayor fundamentación, a saber: acceso al empleo o estabilidad laboral, estabilidad económica, acceso, cubrimiento y calidad en salud, acceso a la educación en distintos niveles y acceso a la vivienda.

Inicialmente en relación al acceso al empleo y estabilidad laboral se encuentra que las personas entrevistadas asocian el apoyo por parte del gobierno con la creación de unidades de emprendimiento que les permitan acceder a un empleo estable.

La necesidad así la primordial que toda persona en situación de discapacidad peleamos es el derecho al trabajo, poder tener oportunidades laborales, porque como vemos muchas personas en situación de discapacidad aún podemos defendernos, podemos ser útiles a la sociedad (1:282).

Ahora, en relación a la estabilidad económica se encuentra la mayor fundamentación en la necesidad de recibir apoyo económico por parte del gobierno, que sirva para ser destinado a las distintas necesidades de las personas entrevistadas. Así mismo, reconocen también la

necesidad de recibir como beneficio una pensión y la reparación económica reglamentada por la jurisprudencia en Colombia para la población víctima de conflicto armado con deficiencias o con discapacidad.

Nuestra realidad pues hay gente que no sale con una pensión tan alta para enfrentarse a un mundo como es el de afuera que es bien costoso (2:418).

Una persona discapacitada no le alcanza ni siquiera lo que le llega como sueldo como pensión para costear sus gastos de transporte, de implementos médicos, hay algunas personas que usan cosas médicas costosas, inclusive pañales diarios y toda esa joda, y en eso se va la plata entonces la calidad de vida desmejora mucho (1:124).

Cuando ya entramos a cierto tiempo en que tenemos derecho a la indemnización y reparación y la no repetición, pues que nos hicieran ese proceso (2:219)

En cuanto al acceso, cubrimiento y calidad en salud, las personas destacan la importancia de recibir atención en salud con un servicio de calidad y que responda a sus necesidades, evidenciando también la importancia de que se preste atención los servicios de rehabilitación física desde las distintas áreas implicadas; destacando la adecuación de prótesis u ortesis de acuerdo a las características de su deficiencia estructural, o en otros casos, la necesidad de ser acompañados a nivel individual y familiar por un profesional de salud mental.

El tratamiento médico es lo primordial en eso estamos fallando, en eso estamos todos, yo lo puedo decir porque a mí no me están dando tratamiento, lo poco es lo que mis hijos me pagan allá (2:107).

Por ejemplo, a mí mi aparato ortopédico hasta el momento llevo ya 10 años que no lo he podido cambiar porque me vale más de 2 millones de pesos, entonces eso es para uno es imposible, ósea es casi imposible uno ir a ahorrarse dos millones de pesos y ahorita los aseguradores nuestro seguro no lo cubre (1:287).

Psicológica, psicología como tal también sería maravilloso, porque uno un día de pronto amanezco bien, otro día pueda ser que yo la moral esté baja o esté pensando en otras situaciones que no debo pensar, entonces uno ahí necesita el apoyo de un profesional como psicología diría yo (1:352).

De igual forma, los entrevistados resaltan como una de las necesidades de cubrimiento urgentes al acceso a la educación en distintos niveles (capacitación en distintas áreas, carrera técnica, tecnológica o universitaria), tanto para la víctima de conflicto armado como para sus familias, especialmente al núcleo familiar.

A capacitación, la formación, que la persona si no encuentra la posibilidad de ingresar a una oportunidad laboral pues que ella se pueda defender con un proyecto de vida ¿no? (2:140).

Lo importante es uno tener conocimiento de la discapacidad, y por lo menos, yo me gustaría que por lo menos la Unidad de Víctimas diera una capacitación (2:229).

Y por lo menos para los hijos también, una capacitación por lo menos para los hijos, ósea el estudio de los hijos y las esposas, ósea ¿sí?, capacitaciones o ósea, poder esto que por lo menos de que ya salgan de bachiller para la universidad (1:76).

Se destacan además la necesidad de acceder a vivienda propia y “digna”.

Y la segunda pues la vivienda, la vivienda porque la parte de la alimentación es básica pero lo vivienda es lo más básico porque habemos personas pues muchísimos tenemos nuestros hogares, nuestros hijos entonces si uno logra conseguir para el diario, es muy difícil para uno poder tener una casa digna, entonces por eso es que vienen los asentamientos, las invasiones, porque hoy en día ya un arriendo no sea cae de 500, de 600 (1:285)

Para mí sería un orgullo muy grande para mí, de que yo aquí mañana me llegara un funcionario y me dijera “bueno don ---, ya tiene vivienda para usted para que se vaya a vivir y pase los últimos días que le quedan”, tonces para mí sería muy muy, sentiría un gozo muy grande (2:333)

Vale destacar de también que las personas entrevistadas reportan la necesidad de recibir atención de calidad por parte de entidades públicas, relacionada principalmente con la asignación de ayudas o beneficios de acuerdo a las necesidades de las personas con deficiencias en estructuras o con discapacidad; destacando la importancia de adecuar los espacios físicos a las características de las distintas deficiencias que poseen las personas víctimas de conflicto armado.

Van a entregar una vivienda por ahí con dos alcobas y una cosa muy chiquitica, y por lo menos en mi caso que yo tengo discapacidad y hay muchos que les falta una pierna, hay muchos que les falta una pierna y un brazo, y hay muchos que tienen silla de ruedas, hay muchos que tan ciegos, ósea, muchas diferencias de discapacidad; entonces resulta y pasa que nos violan nuestros derechos, porque “recibe eso porque no hay más, no hay más (2:222)

Finalmente, se encuentran relaciones entre la necesidad de atención de calidad y: la necesidad de generar acciones articuladas entre el gobierno, los victimarios, las víctimas y sus familias, la administración y ejecución adecuada de los recursos públicos y el asesoramiento en trámites. Además, se encuentra, aunque con menor medida las necesidades de inversión social y rural, y el acceso a espacios y oportunidades de recreación.

Relación entre las variables intensidad de dolor percibido, satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y apoyo social percibido.

Los resultados obtenidos a través de las escalas fueron sometidos a un análisis no paramétrico atendiendo a la distribución anormal de los datos, por tanto, se utiliza el coeficiente Rho de Spearman, con el interés de determinar si existe relación significativa entre: intensidad de dolor percibido, satisfacción con la funcionalidad familiar percibida y apoyo social percibido.

Tabla 9.

Relación entre la variable intensidad de dolor percibido, apoyo social percibido y satisfacción con la funcionalidad familiar percibida.

Correlaciones							
	VAS	APGAR	MOS Global	A.Emo	A.Ins	Interacción	A.Afec
VAS	1,000	,030	-,029	-,055	,154	-,170	,097
APGAR	,030	1,000	,286*	,232	,313*	,234	,361**
MOS	-,029	,286*	1,000	,953**	,734**	,783**	,732**
Global	,822	,022	.	,000	,000	,000	,000

.*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral), **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Fuente: Elaboración propia

Entonces, a partir de los análisis, se encuentra que la intensidad de dolor percibido no se relaciona estadísticamente de forma significativa con la funcionalidad familiar percibida, ni guarda relación estadísticamente significativa con la percepción de apoyo social global o sus subescalas (Tabla 9).

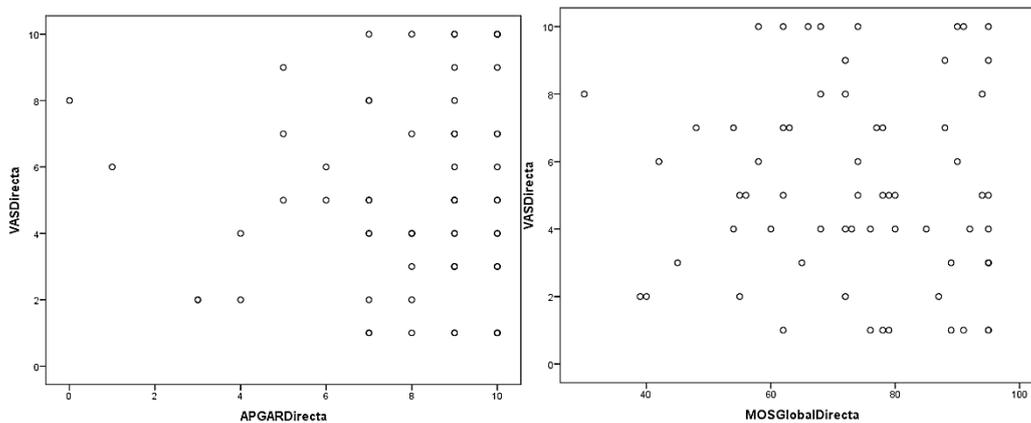


Ilustración 6. Diagrama de dispersión para las variables intensidad de dolor percibido frente a apoyo social percibido y satisfacción con la funcionalidad familiar percibida. Fuente: Elaboración propia

Estos resultados se explican y se hacen evidentes atendiendo a los diagramas de dispersión generados mediante el SPSS, ya que en estos los datos de la variable *intensidad de dolor percibido* (VAS) frente a los datos de la *satisfacción con la funcionalidad familiar percibida* (APGAR) y posteriormente frente a los de *apoyo social percibido* (MOS), se logra verificar

que se hallan dispersos, siendo difícil detectar una línea de tendencia que permita inferir una relación (positiva o negativa) entre las variables, tal como se evidencia en la Ilustración 6.

Desde el enfoque cualitativo la relación encontrada entre la percepción de apoyo social y el dolor, se relaciona a la comprensión acerca de la intensidad de dolor expresada por las personas víctima de conflicto armado con deficiencias estructurales a sus familiares, amigos y allegados. En este sentido, se encuentra con mayor fundamentación que los allegados comprenden la intensidad de dolor expresada; respondiendo con muestras de cariño u apoyo afectivo.

Si ellos sí, ese es el apoyo mío, esa ha sido la maquina el motor para seguir adelante (2:125)

Me soban mi dedito...tengo un bastoncito (2:373)

Por su parte hay quienes manifiestan que sus llegados no comprenden la intensidad de dolor expresada; asociándose con la experiencia subjetiva del dolor, a partir de la cual las personas no comprenden su dolor puesto que no son quienes lo sienten y vivencian o con el interés de no generar preocupaciones o respuestas negativas ante su expresión.

Bueno, allegados allegados como tal no, ¿si? Porque (...) hay personas que no (...) por el hecho de que ellos no han estado en esta situación (1:36)

Ahí digámoslo que no, porque yo casi nunca lo del dolor nunca lo menciono como para no entrar a preocupar a nadie con esa situación porque son situaciones de uno. (1:110)

Pues uno es que siente...el dolor que uno les dice. No eso en por cansar y por joder. Por eso uno siente el dolor que uno tiene (2:396)

Continuando con las relaciones halladas, la variable satisfacción con la funcionalidad familiar percibida si posee una relación positiva estadísticamente significativa con la percepción de

apoyo social –global- (0,286; $p= 0,022$), es decir, su relación es directamente proporcional donde a mayor satisfacción con la funcionalidad familiar percibida, mayor percepción de apoyo social; y viceversa. Igualmente, la misma variable correlaciona con la subescala de apoyo instrumental percibido (0,313; $p= 0,012$) y apoyo afectivo percibido (0,361; $p= 0,003$), ambas en relación directamente proporcional; entendiéndose así que, a mayor satisfacción con la funcionalidad familiar percibida, mayor es la percepción de apoyo instrumental y apoyo afectivo (Tabla 9).

De igual manera, los porcentajes de relación entre cada par de variables, a saber, *satisfacción con la funcionalidad familiar percibida (APGAR) frente a apoyo Social global (MOS)*, *satisfacción con la funcionalidad familiar percibida (APGAR) frente a la subescala apoyo instrumental (MOS)*, y *Satisfacción con la funcionalidad familiar percibida (APGAR) frente a la subescala Apoyo Afectivo (MOS)*, pueden identificarse al generar la tabla de contingencias o tabla cruzada mediante el SPSS, tal como se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10.

Tabla cruzada para satisfacción con la funcionalidad familiar frente a apoyo social global percibido, Apoyo instrumental y apoyo Afectivo.

			APGAR			Total
			Baja	Media	Alta	
MOSGlobal	Bajo	Recuento	3	5	11	19
		% del total	4,7%	7,8%	17,2%	29,7%
	Medio	Recuento	0	0	21	21
		% del total	0,0%	0,0%	32,8%	32,8%
	Alto	Recuento	1	2	21	24
		% del total	1,6%	3,1%	32,8%	37,5%
		Recuento	4	7	53	64
		% del total	6,3%	10,9%	82,8%	100,0%
			APGAR			Total
			Baja	Media	Alta	
MOSInstrumental	Bajo	Recuento	3	3	6	12
		% del total	4,7%	4,7%	9,4%	18,8%
	Medio	Recuento	1	2	30	33
		% del total	1,6%	3,1%	46,9%	51,6%
	Alto	Recuento	0	2	17	19
		% del total	0,0%	3,1%	26,6%	29,7%

		Recuento	4	7	53	64	
		% del total	6,3%	10,9%	82,8%	100,0%	
		APGAR			Total		
		Baja	Media	Alta			
MOSAfectivo	Bajo	Recuento	3	3	5	11	
		% del total	4,7%	4,7%	7,8%	17,2%	
	Medio	Recuento	0	2	15	17	
		% del total	0,0%	3,1%	51,6%	56,3%	
	Alto	Recuento	1	2	33	36	
		% del total	1,6%	3,1%	51,6%	56,3%	
			Recuento	4	7	53	64
			% del total	6,3%	10,9%	82,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Ahora, al revisar la información expuesta en la tabla cruzada, los puntajes obtenidos indican que en el nivel de *alta satisfacción con la funcionalidad familiar percibida* se relaciona con la *percepción de apoyo social global alto y medio* en un 32,8% (para cada caso) puesto que este es el porcentaje de la muestra total que coincide en estos niveles respectivamente. De igual manera, para el caso del nivel de *alta satisfacción con la funcionalidad familiar percibida* frente a la *percepción de apoyo instrumental medio* y frente a la *percepción de apoyo afectivo alto*, la tabla indica que estos se relacionan en un 46,9% y 51,6% respectivamente. Las diferencias entre los porcentajes llevan a entender que la percepción de apoyo social global alta y media, apoyo social afectivo alto y apoyo social instrumental medio dependen de la alta satisfacción con la funcionalidad familiar percibida.

Teniendo en cuenta esto, los datos cualitativos que complementan estas relaciones estadísticas se evidencian a través de las verbalizaciones acerca de la materialización del apoyo social en la red primaria; siendo la familia el principal sistema proveedor de apoyo instrumental ante la enfermedad, las dificultades económicas, entre otras.

Bien, me han apoyado mucho mi familia y por ejemplo mi mamá que me apoya mucho con la vivienda gracias a dios, y pues muy bien (1:247).

Cuando he estado enfermo cuando ha sido de estar en una cirugía, cuando he estado esto (...) enfermo (2:245)

Económicos y (...) si económicos y que pues lo han ayudado a uno a salir adelante que es lo más importante (2:271).

Finalmente, las correlaciones significativas con nivel de confianza al 95% se encuentran entre la percepción de apoyo social global con sus respectivas subescalas, a saber: apoyo emocional percibido (0,953; $p= 0,000$), apoyo instrumental percibido (0,734; $p= 0,000$), interacciones sociales positivas (0,783; $p=0,000$) y con apoyo afectivo percibido (0,732; $p=0,000$); todas con relación positiva y directamente proporcional.

8. Discusión

El presente estudio estuvo guiado hacía la comprensión de la relación entre la intensidad de dolor físico percibido, la percepción de apoyo social y la satisfacción con la funcionalidad familiar percibida por personas sobrevivientes del conflicto armado colombiano con deficiencia en estructuras corporales; por tanto, a continuación, se discutirán los resultados descriptivos hallados para los datos sociodemográficos y cada una de las variables estudiadas.

Para comenzar, respecto al género de las personas declaradas como víctima de conflicto armado con discapacidad en Colombia, según datos de la RNI (2017), en 9 de los 12 hechos victimizantes la cantidad de hombres es mayor a la de mujeres, presentándose esta doble condición de manera más frecuente en hechos como los accidentes con MAP, MUSE y AEI, los actos terroristas, atentados, combates u hostigamientos y el abandono o despojo forzado de tierras, con prevalencias de entre el 65,6% y hasta el 93,3% frente a las mujeres. Por otra parte, en lo que respecta a la edad, según la RNI (2017) de las 214.960 personas reconocidas como víctima de conflicto armado con discapacidad, la mayoría está entre los 29 a 60 años (94.204 personas; 43,8%) y los 61 a 100 años (65.831 personas; 30,6%); sin embargo, en sumatoria la cantidad de hombres y mujeres reconocidos como víctima de conflicto armado con discapacidad es similar a razón de 112.037 a 100.711 respectivamente.

Dicha distribución de género y rangos de edad en la población es similar con las características de la muestra del presente estudio, reflejando así la representatividad de la muestra al encontrarse mayor presencia de hombres con un 85,9%, con edad promedio de 46,4 años (Desviación estándar: 12.4), encontrándose mayor representación de los rangos de 34 a 49 años (48,4%) y 50 años en adelante (37,5%); así mismo, si bien es cierto que no hay equivalencia entre la cantidad por género en la muestra y los datos de la RNI, los datos del presente guardan similitud con los encontrados en otras investigaciones; por ejemplo,

Blandón, Echávez y Valdes (2010) abordaron la experiencia vivencial de sobrevivientes de MAP, AEY y Restos Explosivos de Guerra (REG) de los departamentos de Bolívar y Sucre, logrando acceder a 25 sobrevivientes de los cuales 20 eran hombres entre los 21 y 68 años y 5 mujeres con edades entre los 9 a 37 años.

Igualmente, Camargo y Palacio (2016) lograron realizar una investigación en el departamento del Magdalena contando con la participación de 136 adultos de los cuales 84 sujetos habían sufrido desplazamiento por violencia política, de este grupo (n= 84) la edad media de los 48 hombres fue de 57,5 años y la de las 36 mujeres fue de 55 años, evidenciándose nuevamente mayor prevalencia de hombres (57,2%); por otra parte, aunque en algunos estudios se ha logrado mayor participación de mujeres, como es el caso de Ramos, Holgado y Maya (2014) quienes abordaron una muestra de 62 de personas (entre desplazadas y locales) compuesta en el 88,7% por mujeres con edad media de 32.3 años, esto se dio a razón de que la recolección de datos se hizo en centros y fundaciones donde concurren mayoritariamente mujeres.

Siguiendo con las características sociodemográficas, el 45,3% de la muestra son casados mientras que 25% vive en unión libre, se destaca que el 87,7% se encuentra en los estratos 1 y 2; los niveles de escolaridad predominan entre primaria (56,3%) y secundaria (21,9%), estando el 37,5% desempleado y un 26,6% activo laboralmente, lo cual se relaciona con que el 18,8% no perciba ingresos, el 40,6% perciba ingresos inferiores al smmlv y un 25% perciba más del smmlv; se encuentra además que la principal fuente de ingresos son las labores como independiente 39,1% seguida del sector gobierno/estado (18,8%).

Estos datos pueden hallarse relacionados con el hecho de que el 67,2% de la muestra proceda del sector rural aunque en su mayoría (57,8%) actualmente resida en el sector urbano, pues tal como se comprobó durante el proceso de recolección de datos para el presente y como lo menciona Valdes (2010), los sobrevivientes proceden de lugares donde las actividades

laborales se enfocan en la agricultura, la cría de animales, pesca; es decir, donde más del 51% de la población (rural) se ocupa en actividades de agricultura (Misión para la Transformación del Campo, 2015), resultando común que los sobrevivientes encuentren posibilidades laborales muy escasas en el ámbito urbano; pero incluso, en población no víctima de conflicto armado que se ha visto enfrentada a la amputación de alguno de sus miembros se hace evidente la pérdida del empleo o en algunos mínimos casos el cambio drástico de actividad laboral, tal como lo identificaron Contreras, Bahsas y Hernández (2009) quienes relatan que de los 87 pacientes abordados, antes de la amputación 2 eran estudiantes y los demás se desempeñaban en distintos empleos; sin embargo, tras la amputación, 31 de ellos dejaron de trabajar, los 2 estudiantes desertaron, 6 empleados del sector público dejaron de serlo y 3 técnicos se vieron obligados a cambiar de labor.

Es pertinente mencionar que el traslado que los sobrevivientes hacen al sector urbano se da a razón de que algunos, debido a la complejidad de sus heridas y/o por adelantar procesos de rehabilitación física se han visto obligados a cambiar su sitio de vivienda a las capitales de los departamentos, llegando a ubicarse (solos o con su núcleo familiar) "en barrios con una marcada historia de pobreza, baja cobertura de servicios públicos, en situación de hacinamiento y algunas ocasiones de delincuencia, que les hace perpetuar su condición de víctimas" (p.116); situación que resulta similar en población desplazada (Guzmán, Ramírez, Reyes, & Cardozo, 2013).

Por otra parte, en cuanto a los eventos victimizantes, se encuentra que, en el 82,2% de los casos el accidente con MAP, MUSE y AEI se haya relacionado a la deficiencia de la estructura corporal, del total de hechos, el 48,4% ocurrió en el departamento de Santander, seguido por Bolívar (17,2%) y Norte de Santander (9,4%), el 90,6% de los hechos se dio en el sector rural; siendo del año 1990 al 2009 el tiempo en que sucedieron el 76,6% de los

hechos, lo cual coincide de manera aproximada con el reporte de la RNI (2017) que agrupa en este mismo periodo de años el 80,3% de los hechos victimizantes ocurridos. Cabe mencionar que, aunque estos resultados no guardan coherencia con el panorama a nivel nacional, puesto que Antioquía, Bolívar y Magdalena son los departamentos donde mayor cantidad de hechos han ocurrido (RNI, 2017); por otra parte, se destaca que la región Magdalena medio (comprendida por el Sur de Bolívar, Sur de Cesar, Magdalena medio santandereano, Magdalena medio antioqueño y el municipio de Puerto Boyacá en Boyacá) se ha visto fuertemente afectada por la presencia de grupos armados ilegales y la consecuente ocurrencia de hechos victimizantes a lo largo de los años (Peñuela, 2014), en especial en los municipios de Barrancabermeja, Sabana de Torres, San Pablo, Simití, Yondó, Puerto Berrio, y otros (RNI, 2017).

Por lo anterior, en lo concerniente a los accidentes con MAP, MUSE y AEI, ha resultado que el departamento de Santander, en especial su capital Bucaramanga, se convierta en una importante área receptora de sobrevivientes de minas que además son desplazados o han decidido abandonar sus territorios por miedo a pisar de nuevo una mina (, pues al parecer, y según como lo afirma Counter (2017), las poblaciones guardan cierto sentido de desconfianza sobre las áreas desminadas declaradas como "limpias" y seguras, resultando altamente conveniente el ejercicio que organizaciones como la Campaña Colombiana Contra Minas y la Cruz Roja adelantan respecto a la educación frente al riesgo de minas en las cabeceras municipales y veredas.

En concordancia con el hecho de que Santander sea departamento receptor de esta población, la mayor prevalencia de este hecho (MAP, MUSE y AEI) en la muestra se explica al exponer que las instituciones, fundaciones y demás colectivos que brindaron los espacios de encuentro y la información para contactar con los sobrevivientes, fueron por lo general organizaciones

orientadas a brindar asistencia y apoyo a personas (civiles y militares retirados) que han sido víctimas de estos accidentes y/o a aquellas que además de ser reconocidas como víctima de conflicto armado poseen deficiencias en estructuras corporales.

Respecto a las características de las deficiencias, el 71,9% de estas se halla en estructuras relacionadas al movimiento, en el 57,8% de los casos calificándose como ausencia total de la estructura; frente a esto es de subrayar que las deficiencias en estas estructuras y en estructuras del ojo, el oído y otras relacionadas, son las de mayor prevalencia en la población colombiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), afirmándose además que el 0.73% de las deficiencias entre el 2002 y 2012 se han ocasionado por el conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), en este punto se hace evidente la congruencia con los datos encontrados en la muestra del presente estudio.

Ahora, para discutir los resultados hallados a través del componente o enfoque cuantitativo, se inicia por abordar los hallazgos a nivel descriptivo de cada una de las variables, para cerrar este apartado con la discusión de las correlaciones halladas.

Así pues, se inicia por destacar que el 42,2% de la muestra percibe como moderado la intensidad del dolor, condición o situación similar a lo evidenciado por Serratos, Guevara, García, Roa y Rivera (2011) quienes estudiaron el dolor en pacientes hospitalizados con lesiones músculo-esqueléticas los cuales reportan en su mayoría percibir intensidad de dolor moderado (40,4%) y severo (35,2%); corroborándose que los efectos de los daños causados en las estructuras por los hechos del conflicto armado (en especial el accidente con MAP, MUSE y AEI) también se experimentan a nivel corporal incluso años posteriores a la ocurrencia de los hechos.

Lo anterior, puede hallarse relacionado o explicarse atendiendo a dos situaciones concomitantes, a saber, por un lado, desde el área clínica y de la salud se ha identificado que,

en personas con amputación, la presencia de dolor fantasma se desencadena o alivia según estrés emocional y físico especialmente, y otras condiciones como depresión y ansiedad (Tonon da Luz, Souza, Andrade, Ventoza, Honorio, Ávila, & Berral, 2012). Por otra parte, desde el enfoque de acompañamiento en rutinas diarias implementado por Counter (2017), se destaca que los sobrevivientes de MAP y demás artefactos se enfrentan a retrasos en la recepción de reemplazos protésicos, estando obligadas "a usar dispositivos rotos o mal ajustados que causan laceraciones severas o dolor generalizado e incomodidad durante el uso" (p. 20).

Ahora, de cara a los resultados en cuanto a la funcionalidad familiar, la mayoría de la muestra (82,8%) puntúa alta satisfacción con el funcionamiento familiar percibido, lo cual puede hallarse relacionado con lo expuesto por Valdes (2010), quien afirma que posterior al hecho, la familia crea espacios de validación, reconocimiento y se fortalecen lazos afectivos, sin desconocer que el conflicto armado generalmente afecta la comunicación y genera rupturas en la familia (Villa, Londoño, Gallego, Arango, & Rosso, 2016), aunque en otros casos, estas, al verse confrontadas a la posibilidad de que su familiar perdiese la vida, se adaptan y aceptan de mejor forma la condición de su familiar (Navarrete y Zicavo, 2007).

Estos resultados se muestran parcialmente contrarios a lo hallado por Rincón, Cantillo, Ordúz y Mora (2010) quienes, al caracterizar a 795 familias desplazadas, informan que, mientras que el 40,7% reportan funcionalidad, la mayoría de la muestra presenta algún grado de disfuncionalidad (severa: 11,5%, moderada: 20,88% y leve 27%), la cual en el nivel severo se encuentra relacionada al desempleo, situación que resulta también presente en la muestra del estudio. Por otra parte, en conexión a la condición de tener una deficiencia, se destaca lo expuesto por Navarrete y Zicavo (2007), quienes abordaron el impacto en la funcionalidad de la familia de 10 personas que tuvieron accidente laboral que los ha incapacitado a nivel físico

para laborar, encontrando que aunque todas las familias reportaban dificultades económicas, 8 de estas se caracterizan por ser funcionales, cohesionadas y lograr adaptación, situación que se ha reflejado de igual forma en la presente muestra.

Por otra parte, en lo que respecta a los resultados encontrados para la variable apoyo social, aunque el movilizarse a lugares desconocidos tras haber vivido historias de muerte y amenazas genera dificultades en el establecimiento de relaciones (Abello et al., 2009, citado por Cerquera, Peña, García, Orejuela, & García, 2017), para el caso del presente estudio, se encuentra que la mayoría de la muestra reporta percepción de apoyo social alto (37,5%) y medio (32,8%), obteniendo o una media de 73,85 (DS: 16,84) en la puntuación directa, de igual forma, para las subescalas de apoyo emocional, instrumental, afectivo e interacción social, se encuentra que entre el 70,3% y el 82,8% de la muestra reporta alto y medio apoyo; lo cual, tiene efectos positivos en el bienestar emocional y físico, puesto que es un factor protector y rehabilitador, que puede llegar a generar mejores condiciones y aumentar las probabilidades de acceder a ayuda social si la estructura y composición de la red de apoyo se diversifica (Blandón y Valdes, 2010; Romero, 2016; Ramos, Holgado, & Maya, 2014; Ávila-Toscano, & Madariaga, 2010).

Por su parte en relación a la puntuación media, son consistentes con lo hallado por González, Astudillo y Hurtado (2013) quienes, con una población de 30 personas con deficiencias en estructuras y funciones corporales reportaron una media de 68; incluso resultan equiparables con los resultados que Camargo y Palacio (2017) encontraron, puesto que la puntuación media en la escala global de apoyo social en una muestra de personas en condiciones de vulnerabilidad fue de 87,41, orientando a los autores a reconocer el apoyo social como promotor de la salud y el bienestar, especialmente en aquellos sujetos que han sufrido más de un evento altamente adverso o traumático; situación similar en la presente muestra, puesto

que la mayoría de los sujetos se encuentran en una "doble condición" de vulnerabilidad, tal como lo comprende y expone Counter (2017).

En relación a los hallazgos en cuento al apoyo gubernamental percibido, se encuentra en primer lugar que la muestra afirma con mayor fundamentación no haber recibido asistencia inmediata tras la ocurrencia del hecho victimizante, aunque así se haya declarado en los artículos 7, 9 y 19 de la Ley 387 de 1997 o en los artículos 47, 52, 55 y 63 declarados en la Ley 1448 de 2011 y reglamentados en los capítulos 1,4 y 5 del Decreto 4800 de 2011.

Así mismo, respecto a la recepción de atención actual, la mayor fundamentación muestra que las personas afirman no recibir apoyo por parte de ninguna entidad. Notándose así que, no se han promoviendo acciones que generen condiciones de sostenibilidad económica y social a mediano y largo plazo para la población desplazada como lo declara necesario la Ley 387 de 1997 en su artículo 17, y si de vigencia de la ley se trata, tampoco corresponde a lo declarado mediante el Decreto 4800 en los artículos 102 o 108; siendo pertinente aquí destacar que, para el caso de personas que han sido víctimas de desplazamiento en un término superior a 10 años antes de la declaración del hecho y solicitud de ayuda humanitaria, el gobierno asume que la situación de emergencia no está directamente relacionada con el desplazamiento forzado, por tanto estas solicitudes se remitirán a la oferta disponible para la estabilización socioeconómica, “salvo en casos de extrema urgencia y vulnerabilidad manifiesta derivada de aspectos relacionados con grupo etario, situación de discapacidad y composición del hogar, según los criterios que determine la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas” (artículo 112, p 33.), por tanto, quizá en algunos casos estas son las características que presenta la población, llevando a que sea necesario hacer remisiones a otras entidades, entidades que al parecer proceden de manera no óptima ni suficiente ante las necesidades de las personas.

Lo anterior, puede hallarse relacionado a lo expuesto por Ramos-Vidal, Holgado y Maya-Jariego (2014), quienes afirman que el hecho de que las personas víctima de conflicto armado no accedan a los beneficios del estado se relaciona a la falta de conocimiento sobre la existencia de estos beneficios o respecto a las vías o procesos para de acceso a estos. Siguiendo con lo anterior, en cuanto a las personas entrevistadas que en efecto declaran conocer y haber recibido atención por parte del Programa de Atención Psicosocial integral a víctimas (PAPSIVI), estas reportan una valoración negativa del mismo, resultados similares encuentra Quintero (2015), pues en su estudio las personas expresan además de un descontento frente a la asistencia psicosocial, rechazan las indicaciones y orientaciones que los profesionales tratan de realizar en el abordaje psicosocial. Esto puede explicarse desde el análisis que lleva a cabo Moreno y Diaz (2016) a partir del cual se identifica que la intervención psicosocial en víctimas de conflicto armado ha estado más centrado en la atención de las consecuencias de la violencia y no en la comprensión de la estructura del conflicto armado y sus raíces; puesto de ser así se considerarían las diferentes variables que conducen a las situaciones de victimización, y así comprender el sufrimiento ocasionado en los sujetos y avanzar en las posibilidades de transformación.

Aquí se hace necesario mencionar que en el capítulo 4 se dictan las Medidas de rehabilitación del programa de atención psicosocial y salud integral a víctima de conflicto armado (Decreto 4800, artículo 164) frente al cual el Ministerio de Salud y Protección Social debe desarrollar herramientas de seguimiento y monitoreo a la atención en salud brindada a la población víctima de conflicto armado, sin embargo dicho seguimiento no se ha hecho evidente en los relatos de las víctima de conflicto armado pertenecientes a la muestra, lo cual lleva a considerar que lo dictado en la Ley 1448 de 2011 (artículo 137 y 138) y el Decreto 4800 (capítulo 4) del mismo año no se está cumpliendo a cabalidad. En lo que concierne a la calificación otorgada al apoyo del gobierno, las personas entrevistadas manifiestan tener una

calificación negativa frente a este, ubicando 4 principales razones: percepción de inoperancia de las entidades públicas, percepción de corrupción del sector público –tanto de funcionarios como entidades-, percepción de incumplimiento por parte del gobierno y poca celeridad en los procesos. Dicho hallazgo se relaciona y puede explicarse desde lo expuesto por Ramos-Vidal, Holgado y Maya-Jariego (2014), quienes resaltan que el desconocimiento de los recursos, de las instituciones que pueden proporcionar apoyo específico y de los trámites burocráticos que deben efectuar para ser beneficiarios de los programas de atención social, propaga en las personas la imagen de inoperancia y corrupción política de los representantes del gobierno.

Esto invita a considerar la necesidad del seguimiento a las funciones del Sistema de Atención y Reparación a Las Víctimas declaradas en el artículo 161 de la Ley 1448 de 2011 puesto que, entre otras responsabilidades, el gobierno se ha comprometido a "Garantizar la canalización de manera oportuna y eficiente de los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos" (numeral 7, p. 56), Garantizar la coordinación interinstitucional, la articulación de su oferta y programas (numeral 8, p. 56) y Garantizar la flexibilización de la oferta de las entidades responsables de las diferentes medidas de atención, asistencia y reparación (numeral 9, p. 56).

En relación a ello, se halla que la deficiencia en el sistema de salud y justicia son las principales focos de la percepción de inoperancia, la cual a la par de la percepción de corrupción, genera en las víctima de conflicto armado desconfianza y desesperanza frente a los procesos y entidades gubernamentales, estos hallazgos se apoyan en las consideraciones de Ramírez, Veloza y López (2016) y Rincón, Cantillo, Ordúz y Mora (2010) quienes resaltan que es responsabilidad del estado el cubrimiento y restablecimiento de los derechos, sin embargo, se encuentran falencias en su cumplimiento, especialmente en el acceso a la

salud. Por su parte, Hewitt et al. (2016), encuentran que en población víctima de conflicto armado existe una percepción baja de la atención en salud, concibiéndose como necesidad primordial la atención en salud y de que la calidad de esta mejore, tal como en la presente investigación se hizo evidente.

Por consiguiente, las medidas en materia de salud (Ley 1448 de 2011, artículos 52 a 58; Decreto 4800 de 2011, artículos 87, 88, 89 y 90) no se han implementado a cabalidad o para la completa y debida satisfacción de las víctimas de conflicto armado. Esto se relaciona a lo encontrado en la población entrevistada, quienes con mayor fundamentación resaltan entre las necesidades que deben ser cubiertas por el gobierno de manera oportuna e inmediata, las relativas al empleo o estabilidad laboral, estabilidad económica, acceso, cubrimiento y calidad en salud, acceso a la educación en distintos niveles y acceso a la vivienda, hallazgos que resultan congruentes con las consideraciones de Moreno y Díaz (2016) quienes resaltan que son las políticas de cobertura educativa, los servicios de salud y las oportunidades de empleo las mayores falencias del gobierno. Respecto a la educación, Quintero (2015) encuentra de manera similar que algunas personas expresan que el gobierno les debe ayudar con la búsqueda de empleo y una vivienda para el(ella) y su familia. Es por esto que, Ramírez, Veloza y López (2016) resaltan que los análisis de las necesidades deben partir de diagnósticos que identifiquen las características individuales, principalmente en la necesidad de la exigibilidad del derecho a la salud de estas personas, pues este es uno de los principales resultados que se identifican al analizar la deficiencia en la atención a la población víctima de conflicto armado.

De cara a estas necesidades, es conveniente que se estudien las medidas diagnósticas y de implementación que ha adoptado el gobierno frente a lo declarado en la Ley 1448 de 2011 específicamente en los capítulos 4 (restitución de vivienda) y 6 (formación, generación de

empleo y carrera administrativa), así como de las medidas de asistencia económica que se declaran durante todo el extenso recorrido de la Ley. Siendo así, es preciso afirmar que, en general la muestra de personas víctimas de conflicto armado con deficiencias en estructuras corporales participante en este estudio percibe escaso apoyo por parte de gobierno. En este punto se hace evidente una discordancia entre las medidas legales dispuestas para cubrir las necesidades de las personas víctimas de conflicto armado, especialmente de quienes presentan algún tipo de deficiencia en estructuras corporales, y la materialización de este apoyo, es decir, aunque existan estas garantías la población no accede a ellas, quienes lo hacen tiene una visión negativa de los servicios y resaltan necesidades que en teoría están dispuestos para su cubrimiento por las disposiciones legales

Aunque, la atención a población víctima del conflicto armado empieza a promulgarse como deber del estado y derecho de las personas desde 1997 mediante la ley 387, esta y otras demás disposiciones legales y de política pública en general, se han visto altamente cuestionadas desde los ámbitos académicos, institucionales y comunitarios, tal como lo asegura Jaramillo (2007), entonces, a nivel general con base en los resultados del presente se considera que estos cuestionamientos resultan pertinentes y ciertos frente al panorama expuesto por la presente investigación.

En este mismo sentido, si bien el desconocimiento por parte de las víctimas de conflicto armado acerca de sus derechos se puede concebir como causa de que no se haga evidente la asistencia y atención a las víctimas del presente estudio, esto no deja de desvincular al gobierno como responsable del cumplimiento de los mandatos dispuestos en la ley, bajo los principios de Progresividad (artículo 17), Gradualidad (artículo 18) y Sostenibilidad (artículo 19), que en su conjunto alientan y exhortan a que los compromisos, responsabilidades y disposiciones descritas en la ley se cumplan a cabalidad.

Pues tal como también lo evidencian los relatos, existen casos en los que la indemnización se reconoce por las víctimas de conflicto armado como una asistencia efectiva y pronta, más no resulta ser el caso en general. Siendo pertinente destacar, que, respecto a la legislación colombiana sobre discapacidad, Martínez, Uribe, y Velázquez (2015) afirman que si bien las medidas favorecen a la población con discapacidad y que se ha aumentado el ámbito de protección de derechos, lastimosamente existe desconocimiento y mínimo empoderamiento de las personas para ejercer sus derechos; considerando los autores que es necesario incluir en la formación profesional estos temas generando además de procesos de conocimiento y sensibilización, otros procesos de innovación, gestión cultural y política.

Ahora, para abordar la relación entre las variables estudiadas se destaca inicialmente la no existencia de relación estadísticamente significativa de la intensidad de dolor frente a la funcionalidad familiar percibida y la percepción de apoyo social global o sus subescalas, vale indicar que los estudios que evidencia asociación entre el dolor y otras variables son diversos, siendo escasos para el caso de la relación con apoyo social, así pues, en coherencia con los hallazgos del presente se destacan los resultados de Osma y Cerquera (2016) quienes encuentran que el apoyo social y el dolor osteomuscular no guardan relación significativa.

Por otra parte, algunos estudios se han podido evidenciar que el dolor se relaciona de manera positiva con menor movilidad (López, Barra, & Villar, 2009), o con factores como estrés emocional y físico (Tonon da Luz, Souza, Andrade, Ventoza, Honorio, Ávila, & Berral, 2012), sin embargo, frente a la personalidad y afrontamiento no se halla correlación significativa (Gaviria, Vinaccia, Quiceno, Martínez, Yepez, Echevarría, Contreras, & Pineda, 2006), aunque rasgos como el neuroticismo, se relacionen con percibir más molestias somáticas (Vergara, & Suso, 2012).

Entre tanto, si por una parte se reconoce que el dolor guarda relación con variables como la sintomatología de ansiedad y depresión (Chóliz, 1994) y que en la población de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia la prevalencia de estos síntomas en un nivel clínico ha llegado a ser del 16,4% (Hewitt, Juárez, Parada, Guerrero, Romero, Salgado, & Vargas, 2015). Es en entonces importante pensar en la posible relación entre dolor y esta sintomatología en esta población.

Este punto de vista se ve fortalecido, a partir del entendimiento del dolor como experiencia multidimensional y su relación con el estado de ánimo (Carvajal, 2010), con el afecto negativo (Silva, Ortiz, Patino, Aguilera, Velasco, Garcia, & Gonzales, 2012), con expresión y reconocimiento de sentimientos (Carvajal, 2010), y con estrategias de afrontamiento como la reinterpretación de las sensaciones o la atribución de competencia ante el dolor como experiencia superable (Chóliz, 1994); esto último se ha podido evidenciar mediante el abordaje cualitativo, pues se identificaron verbalizaciones que referían al carácter subjetivo de la experiencia dolorosa y su relación con la no comprensión del dolor por parte de la red primaria de apoyo; en este sentido, resulta viable abordar otras dimensiones del dolor distintas a la sensorial discriminativa (intensidad), como lo son las afectivas, cognitivas o comportamentales, pues posiblemente estas se pueden relacionar a la variable apoyo social.

Ahora bien, la variable satisfacción con la funcionalidad familiar percibida si posee una relación positiva estadísticamente significativa con la percepción de apoyo social –global-; su relación es directamente proporcional, es decir, a mayor satisfacción con la funcionalidad familiar percibida, mayor percepción de apoyo social.

Esta correlación invitan a considerar que, en efecto, y tal como se evidencia cualitativamente, el núcleo familiar y las redes de apoyo de las personas pertenecientes a esta muestra han respondido de manera satisfactoria a las necesidades y situaciones que enfrentan las víctima

de conflicto armado, siendo estas mediante las cuales sus familiares (víctimas con deficiencias en estructuras corporales) han podido evidenciar la existencia de ese apoyo y sentirse satisfechos con las características funcionales de su familia, siendo necesario mencionar que la correlación puede estar basada en que mediante el instrumento MOS, la muestra reportó que en promedio cuenta con 5 amigos íntimos y entre 7 u 8 familiares cercanos, lo cual de por sí es una red de apoyo altamente concentrada y poco diversificada

Esto, en comparación a los resultados hallados en la del presente investigación permite entrever que aunque el desplazamiento y otros hechos del conflicto hayan incidido en los niveles de confianza y cohesión social en la sociedad (Ramos, Holgado, & Maya, 2014), incluso si se llega a estar en situación económica difícil, las personas integrantes de la muestra, afectadas por hechos relacionados al conflicto armado y con alguna deficiencia en estructuras corporales, han logrado acceder a apoyo social y al establecimiento de una mínima red social, red que ciertamente, a pesar de caracterizarse por ser homogénea y concentrada, como también lo halló Ramos, Holgado y Maya (2014), logra convertirse en un soporte basado en relaciones de cooperación orientadas a las necesidades biológicas y sociales (Díaz, Arrieta & González, 2014; Hernández, 2003)

En cuanto al abordaje de estas dos variables en personas con deficiencia, cabe resaltar que no son abundantes las investigaciones que las aborden con poblaciones inmersas en esta doble condición de vulnerabilidad como lo es el ser víctima o sobreviviente del conflicto armado y a la vez presentar deficiencias físicas en estructuras corporales; por tanto, resulta necesario remitirse a evidencias halladas con poblaciones similares.

Por su parte, González, Astudillo y Hurtado (2012) evidencian que el apoyo social en una muestra de personas con deficiencias en estructuras corporales asociadas al movimiento es percibida como favorable, los autores afirman además, que esto puede ayudar a lograr

mantener un equilibrio que les permite fortalecer su bienestar; a la par, un estudio realizado en población de personas con trastorno mental y sus cuidadores familiares, se detectó que el apoyo social predice funcionalidad familiar, aunque la mayor duración de la enfermedad predice disfuncionalidad (Casanova, Rascón, Alcántara, & Soriano, 2014), resultando así que los datos hallados en el presente estudio guardan similitud con la literatura disponible, siendo importante subrayar que las fortalezas, habilidades y capacidad de adaptación de los individuos, sus familias y redes cercanas marcan la pauta de las relaciones y los tipos de vínculos establecidos, resultando estos como favorables y no confrontativos para el caso del presente estudio.

Finalmente, otra correlación estadísticamente significativa se dio entre la satisfacción con la funcionalidad familiar y las subescalas de apoyo instrumental percibido (0,313; $p= 0,012$) y apoyo afectivo percibido (0,361; $p= 0,003$), ambas en relación directamente proporcional; entendiéndose así que, a mayor satisfacción con la funcionalidad familiar percibida, mayor es la percepción de apoyo instrumental y apoyo afectivo.

Ahora se ha evidenciado una relación positiva entre funcionalidad familiar y las escalas apoyo social instrumental y apoyo social afectivo; teniendo en cuenta esto, Ávila-Toscano y Madariaga (2010), al estudiar una muestra de 10 hombres desmovilizados de las antiguas Autodefensas Unidas de Colombia (promedio de 4 años transcurridos desde la desmovilización), hallaron que aunque la cantidad de personas incluidas a la red de apoyo no es extensa (promedio de 13), éstas resultan brindar un importante soporte social, especialmente desde las dimensiones de ayuda material y de sentimientos (comunicación de emociones y asuntos íntimos), las cuales según los autores provienen de la estructuración de relaciones familiares y comunitarias estables.

Esta relación se entiende además a través de los resultados cualitativos hallados, los cuales indican dos aspectos importantes: (1) la familia es el principal sistema proveedor de apoyo para las personas víctimas con deficiencias en estructuras corporales y (2) este apoyo se materializa de forma instrumental (especialmente en relación al apoyo económico y en la ejecución de actividades de la vida diaria), sin embargo, se halla también presencia de apoyo afectivo relacionado con las expresiones de cariño ante la presencia de dolor físico.

Además, se considera importante reconocer y enfatizar que, al ser las redes de familiares, amigos y allegados no tan extensas en cantidad, resulta predecible que la disposición de apoyo afectivo y apoyo instrumental se correlacione con la satisfacción con la funcionalidad puesto que en efecto, como características de la funcionalidad se encuentran el sentido de cooperación y la afectividad, por tanto, al estar la red concentrada en un pequeño grupo de personas la muestra percibirá el apoyo instrumental y afectivo en medida similar a como perciban las características de la funcionalidad familiar.

En concordancia a lo anterior y bajo el propósito de destacar como factor protector estos hallazgos, se hace a continuación referencia a estudios que han enfatizado sobre la familia y el apoyo, entre estos se encuentran Osma y Cerquera (2016) quienes señalan que dentro del sentirse apoyado, representa para el caso de los adultos mayores especial significado el hecho de contar con pares dispuestos a contribuir con ayuda que implique traslados, ayuda monetaria, y en especial el acompañamiento o apoyo de tipo afectivo, elementos brindados generalmente por los familiares más cercanos y personas allegadas, y es que, tal como lo señalan Ávila-Toscano y Madariaga (2010), la familia influye y genera procesos de arraigo afectivo y emocional que sirven para que sujetos se enfrenten a las condiciones de vulnerabilidad, pero esto al parecer se da especialmente tras la vivencia de hechos traumáticos pues la familia se ve en la necesidad de adaptarse y fortalecer lazos afectivos

(Valdes, 2010; Navarrete y Zicavo, 2007), los cuales al estar asociados a la felicidad y sensación de bienestar de los individuos, juega un papel muy importante en la edad entre los 20 a 44 años (Gonzales, & Restrepo, 2010).

Ahora se ha evidenciado una relación positiva entre funcionalidad familiar y las escalas apoyo social instrumental y apoyo social afectivo; teniendo en cuenta esto, Ávila-Toscano y Madariaga (2010), al estudiar una muestra de 10 hombres desmovilizados de las antiguas Autodefensas Unidas de Colombia (promedio de 4 años transcurridos desde la desmovilización), hallaron que aunque la cantidad de personas incluidas a la red de apoyo no es extensa (promedio de 13), éstas brindan un importante soporte social, especialmente desde las dimensiones de ayuda material y de sentimientos (comunicación de emociones y asuntos íntimos), las cuales según los autores provienen de la estructuración de relaciones familiares y comunitarias estables.

Esta relación se entiende además a través de los resultados cualitativos hallados, los cuales indican dos aspectos importantes: (1) la familia es el principal sistema proveedor de apoyo para las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias en estructuras corporales y (2) este apoyo se materializa de forma instrumental (especialmente en relación al apoyo económico y en la ejecución de actividades de la vida diaria), sin embargo, se halla también presencia de apoyo afectivo relacionado con las expresiones de cariño ante la presencia de dolor físico.

9. Conclusiones

En primer lugar, las personas víctimas de conflicto armado con deficiencia en estructuras corporales participantes manifiestan percibir intensidad de dolor físico moderado, evidenciándose pensamientos resilientes ante el dolor.

En relación a la satisfacción con la funcionalidad familiar percibida los participantes muestran poseer una satisfacción alta, reafirmada gracias a la identificación de la familia como el sistema proveedor de soporte y apoyo más importante.

Ahora, respecto a la red apoyo percibido inicialmente identifica que las personas cuentan con una red altamente concentrada y poco diversificada, y perciben alto apoyo social. En relación a las subescalas perciben apoyo emocional medio, evidenciado en el soporte que a nivel emocional destacan recibir ante los problemas cotidianos o frente al evento de victimización; apoyo instrumental medio, materializado en asistencia en actividades que se dificultan ante la deficiencia, el relevo en actividades y ayudas económicas; apoyo afectivo alto; manifestado en expresiones de cariño y/o preocupación por el estado de salud e interacción social positiva alta; vista como un "respiro" ante los problemas, esta última es provista principalmente por los amigos.

Los participantes perciben escaso apoyo por parte del gobierno en relación a su situación de víctimas de conflicto armado y de persona con deficiencia en estructuras corporales. En este sentido, los datos de mayor fundamentación muestran que las personas participantes no recibieron asistencia inmediata tras la ocurrencia del hecho victimizante por parte de los entes públicos, ni reciben apoyo en la actualidad, sin embargo, quienes lo han recibido, lo relacionan a asistencia psicosocial, asistencia en salud física y mental, apoyo en capacitación y formación, y especialmente en asistencia económica. Aquellos han recibido atención por parte del PAPSIVI, tiene una valoración negativa del mismo.

Siguiendo con esta línea, las personas entrevistadas manifiestan tener una calificación negativa frente al apoyo del gobierno, basada en la percepción de inoperancia que tienen respecto a las entidades públicas, percepción de corrupción del sector público, percepción de incumplimiento por parte del gobierno y poca celeridad en los procesos. De las necesidades que deben ser cubiertas por el gobierno de manera oportuna e inmediata, aquellas que presentan mayor fundamentación son acceso al empleo o estabilidad laboral, estabilidad económica, acceso, cubrimiento y calidad en salud, acceso a la educación en distintos niveles y acceso a la vivienda "digna".

Ahora, frente a las correlaciones, se puede concluir que la intensidad de dolor percibida por la muestra del presente estudio no guarda relación significativa con la satisfacción con la funcionalidad familiar ni con el apoyo social percibido, siendo necesario mencionar que esto no quiere decir que en efecto el dolor como experiencia no guarde relación con la percepción de apoyo y la satisfacción de funcionalidad familiar, pues, tal como lo evidenció el abordaje cualitativo, pueden existir otras dimensiones del dolor distintas a la sensorial discriminativa (intensidad) como lo son las afectivas, cognitivas o comportamentales, que si estén relacionadas a características de las redes primarias (familiares, comunitarias y sociales) por tanto, se concluye que, por ser el dolor una experiencia individual, cada sujeto la experimentará y describirá de modo particular respondiendo al mismo carácter subjetivo y multidimensional, pudiendo o no relacionarla a la experiencia de apoyo por parte de sus redes primarias.

En cuanto a la relación evidenciada entre la satisfacción con la funcionalidad familiar y el apoyo social, se concluye que esta se encuentra explicada por las mismas funciones o componentes que tienen la funcionalidad familiar y el apoyo social, puesto que ambos, como características de las redes primarias se definen desde la disposición del apoyo y la existencia

de los vínculos; entre tanto a pesar de las historias de dolor, las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias en estructuras corporales pertenecientes a la muestra han logrado construir esos vínculos y desenvolverse en espacios o ambientes de apoyo, apoyo que se haya especialmente brindado por sus familiares y amigos a nivel afectivo e instrumental.

10. Recomendaciones

Tras el desarrollo de la presente investigación se identificaron aspectos relacionados a las variables que dan cuenta de un panorama más cercano a la relación entre intensidad de dolor, la funcionalidad familiar y al apoyo social, los autores consideran necesario dar continuidad al abordaje de las variables y profundizar en relato de las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias corporales, teniendo en cuenta las diferentes variables que pueden intervenir en la manifestación de las aquí estudiadas.

En este sentido, se recomienda abordar el dolor como experiencia multidimensional frente a variables altamente relacionadas a la población víctima del conflicto armado como lo es la sintomatología ansiosa y depresiva, incluso, explorar si en efecto otras dimensiones del dolor pueden hallarse relacionadas al apoyo social y a la funcionalidad familiar.

Así mismo, se considera relevante construir un panorama más amplio acerca del apoyo gubernamental percibido por las personas víctimas de conflicto armado desde un enfoque diferencial, con el interés de conocer el estado actual de la percepción de cumplimiento de las diferentes ordenanzas y legislaciones para dicha población, como un medio que permita aportar en la mejora de sistemas de garantía de derechos para esta población.

De igual forma, se espera que los datos aquí suministrados sean un medio facilitador que permita visibilizar la realidad de las personas víctimas de conflicto armado con deficiencias, de manera que se planee y diseñen estrategias de intervención y programas en salud mental

que respondan a las necesidades de la población y tengan en cuenta sus características particulares; orientándose entre otros aspectos, hacía la identificación de factores obstaculizadores del entorno, ya que son estos los que en sí llevan a la vulnerabilidad y discapacidad.

Por otro lado, se recomienda continuar con el desarrollo de investigaciones que permitan abordar la realidad de las víctimas de conflicto armado desde enfoques mixtos o multimétodos, ya que estos además de recoger distintos puntos de vista permiten por su diseño de base una interacción entre sujeto e investigador más profundizadora de la realidad y las necesidades, siendo igualmente importante que como parte de los procedimientos y compromisos con la población se realicen encuentros de socialización de los resultados, jornadas de capacitación, entre otras actividades que retribuyan el tiempo y espacio amablemente brindado por los participantes.

Finalmente, se recomienda a la comunidad académica de Universidad Pontificia Bolivariana, continúe trabajando multidisciplinariamente en proyectos que aborden la realidad de las víctimas de conflicto armado desde un enfoque diferencial, dando además apertura a la construcción de proyectos acordes al momento histórico del país que se ha denominado posconflicto, para que desde una visión transformadora se logre aportar a la construcción de una cultura de paz.

Como limitación es importante mencionar que el proceso de investigación se vio influido por la dificultad para acceder a la muestra, tanto por razones ligadas a protocolos de seguridad implementados por las instituciones como por las predisposiciones o actitudes negativas que han asumido los sobrevivientes frente a los procesos de indagación de información, procesos a los se han sometido a través de su historia con instituciones e instancias de todo rango y propósito.

11. Referencias

- Abello, R. & Madariaga, C. (1999). Redes sociales, ¿para qué?. *Psicología desde el Caribe*, 2(3), 116-135.
- Acosta, J., Ávila, H., & Sanabria, S. (2014). Aceptación o rechazo: perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación. *Psicología y Salud*, 16(2), 187-197.
- Adolfo, R. (2006). *Medicina familiar y la práctica ambulatoria*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Aggarwal, V. R., Lovell, K., Peters, S., Javidi, H., Joughin, A., & Goldthorpe, J. (2011). Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
- Aguado, A. L. (2014). Historia de las deficiencias. Recuperado de: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/428/Art_AguadoD%C3%ADazAL_HistoriaDeficiencias_1995.pdf?sequence=1
- Alonso, L., & Ardizzone, I. (2013). La Escala Visual Analógica. *Clínica Odontológica Integrada de Adultos, Curso 2012/2013*. Recuperado de: <http://jaimedelrio.es/la-escala-visual-analogica-por-laura-alonso/>
- Alzate, J., Betancur, M., Castaño, J., Cañón, S., Castellanos, L., Guerrero, J., Llanos, C., & Tique, E. (2013). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales (Colombia), 2011. Recuperado de: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/123/articulo_riesgo_suicid_unal%20sede%20manizales..pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Angarita, V. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento. *Revista de enfermería*, 16(1), 1-11. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci_arttext&tlng=en
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>.
- Ávila-Toscano, H., & Madariaga, C. (2010). Redes personales y dimensiones de apoyo en individuos desmovilizados del conflicto armado. *Psicología desde El Caribe*, 25, 179-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106009>
- Barnes, C. (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del “Mundo Mayoritario”. *Política y Sociedad*, 47(1), 11-25.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Bellón, A., Delgado, A., Luna del Castillo, D., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria*, 18(6), 289-296.
- Blanco, N., & Pirela, J. (2016). La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, 19(45), 97-111.
- Blandón, L., & Valdes, P. (2010). Redes sociales de apoyo del sobreviviente de MAP, AEI y REG de la zona caribe. En Blandón, L., Echavéz, P., & Valdes, A., *Discursos y percepciones de los actores involucrados en la experiencia vivencial de las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) y Resto*

Explosivo de Guerra (REG) en los departamentos de Bolívar y Sucre. (237- 263).

Colombia: Handicap International.

Blandón, L., Echávez, P., & Valdes, A. (2010). Discursos y percepciones de los actores involucrados en la experiencia vivencial de víctimas civiles de Minas Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) y Resto Explosivo de Guerra (REG) en los departamentos de Bolívar y Sucre. Colombia: Handicap International.

Burón, D., Vidal, M., Escudero, B., Armenteros, M., López, B., & García, M. (2011). Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 58(5), 279-282.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935611700627>

Caicedo, V. (2011). *Construcción de confianza y capital social entre la comisión regional de reparación y reconciliación y las víctimas del conflicto armado colombiano* (tesis doctoral). Recuperado de:
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/handle/10893/9003>

Camargo-Velásquez, A., & Palacio-Sañudo, J. (2017). Apoyo social y sentido de comunidad en desplazados y damnificados en el departamento del Magdalena. Duazary. *Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 14(1), 35-44.

Campos, A., & Narváez, V. (2016). Factores que alteran la funcionalidad familiar en la atención a personas con discapacidad, en la parroquia Sayausí. Cuenca 2016. (Tesis de grado). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25813>

Carvajal, M. (2010). *Evaluación e intervención del sentido del humor en pacientes con dolor crónico* (Tesis de especialización). Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25813>

- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Social support and family functionality in people with mental disorder. *Salud Mental, 37*(5), 443-448.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2013,10 09). Cinco ejes para entender el conflicto armado colombiano. [Archivo de Video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=um6GJiOtn64>.
- Centro Nacional de Memoria Histórica, (CNMH, 2013). *Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. En ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional ley
- Chen, A. (2001). New perspectives in EEGMEG brain mapping and PETfMRI neuroimaging of human pain. *International Journal of Psychophysiology, 42*, 147-159.
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacionalafectiva. *Ansiedad y Estrés, 0*, 77-88.
- Chou, R., Loeser, D., Owens, D., Rosenquist, M., Atlas, M., Baisden, M., ... Wall, M. (2009). Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Pain Society. *Spine, 34*(10), 1066-1077. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a1390d>
- Clarke, P. J., Ailshire, J. A., Nieuwenhuijsen, E. R., & de Kleijn-de Vrankrijker, M. W. (2011). Participation among adults with disability: The role of the urban environment. *Social Science & Medicine, 72*(10), 1674-1684.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

- Cordero, J. (2015). Funcionamiento familiar y bullying estudio realizado en el colegio Benigno Malo (Tesis de grado) Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4317>
- Corte Constitucional de Colombia. (26, enero, 2009). Auto N° 006 de 2009. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/Autos/2009/A006-09.htm>
- Corte Suprema de Justicia, Sala Plena de la Corte Constitucional. (22, noviembre, 2005). Sentencia C-1194 [MP. Marco Gerardo Monroy Cabra]
- Counter, M. (2017). 'La doble condición': landmine victims, forced displacement, and disability in Colombia's Magdalena Medio. *Social & Cultural Geography. Social & Cultural Geography*. 1-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14649365.2017.1280616>
- Dalenius, T., & Hodges Jr, L. (1959). Minimum variance stratification. *Journal of the American Statistical Association*, 54(285), 88-101.
- Decreto No. 4800 (20, diciembre, 2011). Diario Oficial No. 48280 de 20 de diciembre de 2011. Presidente de la República de Colombia. Recuperado el 3 de agosto de 2017, de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto4800reglamentarioleyvictimas.pdf>
- Decreto No. 790 (20, abril, 2012). Diario Oficial No. 48.407 de 20 de abril de 2012. Presidente de la República de Colombia. Recuperado el 24 de julio de 2017, de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto-0790-de-2012.pdf>
- Deepak, S., Kumar, J., Ramasamy, P., & Griffio, G. (2014). An emancipatory research on CBR and the barriers faced by persons with disabilities. *Disability and rehabilitation*, 36(18).

- Del Río Ferres, E., Megías, J. L., & Expósito, F. (2013). Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema*, 25(1), 67-72.
- Departamento Nacional de Planeación (2016). Normatividad. Recuperado de: <https://www.dnp.gov.co/politicas-de-estado/politica-de-atencion-a-victimas/Paginas/Normatividad.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación (2017). *Documentos de política pública*. Recuperado de: <https://www.dnp.gov.co/politicas-de-estado/politica-de-atencion-a-victimas/Paginas/Documentos-de-pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica.aspx>
- Díaz S., Arrieta, K., & González, F. (2014). Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de Odontología. *Revista Salud Uninorte*, 30(2), 217-218. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a04.pdf>
- Duncan, G. H., Bushnell, M. C., & Lavigne, G. J. (1989). Comparison of verbal and visual analogue scales for measuring the intensity and unpleasantness of experimental pain. *Pain*, 37(3), 295-303. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395989901942>
- Echávez, P. (2010). El cuerpo y elementos de salud en los sobrevivientes de MAP, AEI Y REG. En Blandón, L., Echavéz, P., & Valdes, A., *Discursos y percepciones de los actores involucrados en la experiencia vivencial de las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) y Resto Explosivo de Guerra (REG) en los departamentos de Bolívar y Sucre*. (237- 263). Colombia: Handicap International.
- Egea, C., & Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.
- Egea, C., & Sanabria, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, 73, 29-42. Recuperado de:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44515913/egear-sarabia_modelos.pdf?awsaccesskeyid=akiaiwowyygz2y53ul3a&expires=1505753518&signature=g%2fmlih%2bztwtrbg27dajneyaaeps%3d&response-content-disposition=inline%3b%20filename%3dvision_y_modelos_conceptuales_de_la_disc.pdf

- Eide AH, Mannan H, Khogali M, van Rooy G, Swartz L, Munthali A, et al. (2015) Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries. *PLoS ONE*, 10(5). Recuperado de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0125915>
- El Espectador (2017). *Procesos de paz con el ELN*. Recuperado de: <http://colombia2020.elespectador.com/politica/los-procesos-de-paz-con-el-eln>
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., & Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Red Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (1), 23-29.
- França, D., Coura, S., Sousa, D., Almeida, D., & Pagliuca, F. (2013). Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. *Rev Gaucha Enferm*, 155-163. Recuperado de: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/23392>
- Fuentes, L. (2005). Una nueva mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del concepto de discapacidad según la CIF. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(7). 193- 214.
- García, J. L., & Urquía, C. J. (2014). *Valoración de la disminución del dolor y recuperación de la fuerza muscular en pacientes de 30 a 60 años con enfermedad de quervain, intervenidos por microcirugía en el servicio de ortopedia y traumatología del*

- Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1 Quito. 2010-2014* (tesis de maestría). Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4690>
- García, O. S., Marrero, G. R., & Díaz, G. J. (2003). Las actitudes hacia las personas con discapacidad. Una revisión de estudios empíricos. *El Guiniguada. Revista de investigaciones y experiencias en Ciencias de la Educación*, 12, 169-182. <http://ojsspd.c.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/view/621/555>
- García, R., Morales, Y., García, E., González-Pardo, S., Matos, M., & Rainer, R. (2013). Las redes de apoyo social en la vida de las personas con discapacidad. Una introspección a la temática. *Mediciego*, 19 (1), 1-10. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc131q.pdf>
- Gómez, J., & Ponce, R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Atención Familiar*, 17(4), 102-106.
- Gómez, M., C., S. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 1(1), 11-30. Recuperado de: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/4893>
- Gómez, V., & Vargas, Á. (2010). Validación de una escala para valorar el dolor en pacientes odontológicos. *CES Psicología*, 3(1), 4-13. <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1029>
- González, L.; Bedmar, M. (2012). Población infantil en situación de desplazamiento forzado en Colombia y sus manifestaciones de ciudadanía. *Revista de Paz y Conflictos*, Sin mes, 120-137
- González, P., Astudillo, M., & Hurtado, E. (2012). Salud mental y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Revista Cultura del Cuidado*, 9(2), 39-49.
- González, Q., & Restrepo, C. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista Salud Pública*, 12(2), 228-238.

- González, S., Tello, J., Silva, P., Lüders, C., Butelmann, S., Fristch, R., ...David, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 50(1), 23-34.
- González, Y., & Díaz, C. (2015). Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 836-847.
- González-Rendón, C., & Moreno-Monsiváis, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 422-427.
- Guzmán, L. F., Ramírez, J. P., Reyes, L. F., & Varela, L. (2013). Dinámicas de las familias vinculadas a la mesa de participación de víctimas del conflicto armado adscritas a la subdirección local para la integración social de Usme-Sumapaz (Tesis de grado). Recuperado de: <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/17588/T10.12%20O16i.pdf?sequence=1>
- Hernández J, & Hernández I. (2005) Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(2), 130-44.
- Hernández, E., & Salazar, M. (1999). *Con la esperanza intacta: experiencias comunitarias de resistencia civil no violenta*. Oxfam.
- Hernández, G. (2003) Minas antipersonales (M.A) en Colombia costo físico y emocional. *Umbral Científico*, 2. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/304/30400203/>
- Hernández, M. G., Carrasco, G. M. R., & Rosell, C. F. (2010). Evaluación de las principales redes de apoyo informal en adultos mayores del Municipio Cerro. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*, 5(1), 1-11.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta edición). México: McGraw-Hill
- Herrera-Lopez, V., & Cruzado, L. (2014). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 144-159. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000300003&script=sci_arttext&tIng=pt
- Hewitt, N, Juárez, F., Parada, A., Luzardo, J., Romero, Y., Salgado, A, & Vargas, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140
- Jiménez, A., Mendiburo, N., & Olmedo, P. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 317-329.
- Joyce, B., Zutshi, W., Hrubes, V., & Mason, M. (1975). Comparison of fixed interval and visual analogue scales for rating chronic pain. *European journal of clinical pharmacology*, 8(6), 415-420. <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00562315?LI=true>
- Kahl, C., & Cleland, J. A. (2005). Visual analogue scale, numeric pain rating scale and the McGill Pain Questionnaire: an overview of psychometric properties. *Physical therapy reviews*, 10(2), 123-128. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/108331905X55776>
- Kedde, H., van de Wiel, H., Schultz, W. W., Vanwesenbeeck, I., & Bender, J. (2012). Sexual health problems and associated help-seeking behavior of people with physical disabilities and chronic diseases. *Journal of sex & marital therapy*, 38(1), 63-78.

- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal Of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Labronici, J., dos Santos, M., dos Santos-Filho, C., Santos, E., Labronici, J., & Penteadoda Silva, H. (2016). Evaluación del dolor en el adulto mayor. *Acta ortopédica mexicana*, 30(2), 73-80. <http://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v30n2/2306-4102-aom-30-02-00073.pdf>
- Larizgoitia, I., Izarzugaza, I., Iraurgi, I., Ballesteros, J., Forero, C. G., Markez, I., & Alonso, J. (2011). Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 108-114.
- Ley No 1090 (6, septiembre, 2006). Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006. Congreso de la Republica de Colombia. Recuperado el 25 de julio de 2017 de: <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>
- Ley No 1346 (31, julio, 2009). Diario Oficial No. 47.427 de 31 de Julio de 2009. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 20 de julio de 2017 de: http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=75385&name=Ley_1346_del_2009.pdf&prefijo=file
- Ley No 1618 (27, febrero, 2013). Diario Oficial 48717 del 27 de febrero de 2013. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 20 de julio de 2017 de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52081>
- Ley No 361 (11, febrero, 1997). Diario Oficial No. 42.978, de 11 de febrero de 1997. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 20 de julio de 2017 de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html
- Ley No. 1448 (10, junio, 2011). Diario Oficial No. 48.096 de 10 de junio de 2011. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 28 de julio de 2017, de:

<http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>

Ley No. 387 (18, julio, 1997). Diario Oficial No. 43.091 de 24 de julio de 1997. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 20 de julio de 2017, de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-387-de-1997.pdf>

Ley No. 418 (26, diciembre, 1997). Diario Oficial No. 43.201 de 26 de diciembre de 1997. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 22 de julio de 2017, de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-418-de-1997.pdf>

Ley No. 782 (23, diciembre, 2002). Diario Oficial No. 45.043 de 23 de diciembre de 2002. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 31 de julio de 2017, de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0782_2002.html

Ley No. 975 (25, julio, 2005). Diario Oficial No. 45.980 de julio 25 de 2005. Congreso de la República de Colombia. Recuperado el 1 de agosto de 2017, de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17161>

Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

Londoño, N., Sicachá, M., & González, J. (2011). Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia - Quindío. *Sinapsis*, 3(3), 101 - 107.

López, C., Barra, M., & Villar E. (2009). Correlación entre dolor, discapacidad y rango de movilidad en pacientes con lumbalgia crónica. *Fisioterapia*, 31(5), 177–182.

- López, W. L., Pérez, C., & Pineda-Marín, C. (2016). Relación entre el perdón, la reconciliación y la salud mental de las víctimas de la violencia socio-política. *Journal of Victimology*, (3), 141-159.
- Machado, E., Ramírez, O., & Salazar, F. (2016). Estudio metacéntrico sobre efectividad de control del dolor posquirúrgico en pacientes de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(2), 114-120.
- Mansano-Schlosser, C., & Ceolim, F. (2012). Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(6), 1100-1108.
- Martínez, B. (2013). Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1): 9-32.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). *Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model*. En D. Kenshalo (Ed.). *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Méndez, P. & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17(1), 59-64. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/967/96717106.pdf>
- Ministerio de Justicia. (20, Diciembre, 2011). Decreto 4800. DO: 48289. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley144810062011.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017a). *Observatorio Nacional de Discapacidad*. Recuerdo de: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Mapa-dinamico.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017b). Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Recuperado de:

<http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas/154-estadisticas-en-discapacidad>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Línea base Observatorio Nacional de Discapacidad: Análisis descriptivo de indicadores. Recuperado de: <file:///F:/L%C3%8DNEA%20BASE%20OBSERVATORIO%20NACIONAL%20DE%20DISCAPACIDAD.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017c). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio del Interior y de Justicia. (10, Junio, 2011). Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. [Ley 1448]. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley144810062011.pdf>

Miró, J. (2006). Dolor Crónico: procedimientos de evaluación e interpretación psicológica. España: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.

Misión para la Transformación del Campo. (2015). El mercado laboral rural en 2013. En *Informe para la Misión para la Transformación del Campo*. (8-17). Colombia: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal%20y%20pesca/Mercado%20Laboral%20Rural.pdf>

Mitra, M., & Mouradian, V. E. (2014). Intimate partner violence in the relationships of men with disabilities in the United States: relative prevalence and health correlates. *Journal of interpersonal violence*, 29(17), 3150-3166.

Molina, C., Bahsas, F., & Hernández, M. (2009). Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. *MedULA*, 18(1), 8-11.

- Molina, J. (2005). El estudio de las redes personales: Contribuciones, métodos y perspectivas. *EMPIRIA, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (10), 71-105. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297123998003>
- Molina, J. M., Figueroa, J. & Uribe, A. F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62.
- Moreno, M., Interrial, M., Garza, M., & Hernández, E. (2012). Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista CUIDARTE*, 3(1), 355-362.
- Navarrete, C. C., & Zicavo, M. N. (2007). Discapacidad permanente del (a) jefe (a) de hogar, por accidente laboral: impacto en la funcionalidad familiar. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40309174/Consecuencias_en_la_dinmica_Familiar_dis20151123-14861-15shc05.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1506381290&Signature=q05E4iVF4aQZWb0VlsT2Fe8Ztes%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DConsecuencias_en_la_dinamica_Familiar_di.pdf
- Neille, J., & Penn, C. (2015). Beyond physical access: a qualitative analysis into the barriers to policy implementation and service provision experienced by persons with disabilities living in a rural context. *Rural and remote health*, 15(3), 33-22
- Nikolajsen, L., Finnerup, N. B., Kramp, S., Vimtrup, A. S., Keller, J., & Jensen, T. S. (2006). A randomized study of the effects of gabapentin on postamputation pain. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 105(5), 1008-1015.
- Olaogun, M., & Kopf, A. (2010). *Dolor crónico de espalda no específico*. En Kopf, M., & Patel, N. (Eds). Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Washigton, D.C.: IASP. Recuperado de: <https://www.iasp->

pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

Olarra, J., & Longarela, A. (2007). Sensación de miembro fantasma y dolor de miembro residual tras 50 años de la amputación. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 428-431.

Orejuela, D. (2017). Apoyo social y calidad de vida en víctimas de mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia [Tesis de Grado]. Escuela de ciencias sociales, Facultad de psicología, Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga.

Organización Internacional para las Migraciones. (2015). Papsivi: Guía para Servidores Públicos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Papsivi-guia-servidores-publicos.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Grafo, S.A.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Resumen: informe sobre la discapacidad*. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1

Osma, L., & Cerquera, A. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 125-135. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a10.pdf>

Ospina, D., & Piracón, J. (2010). El cuerpo y la subjetividad en los sobrevivientes de MAP, AEI Y REG. En Blandón, L., Echavéz, P., & Valdes, A., *Discursos y percepciones de los actores involucrados en la experiencia vivencial de las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) y Resto Explosivo de*

- Guerra (REG) en los departamentos de Bolívar y Sucre.* (213- 236). Colombia: Handicap International.
- Ostapczuk, M., & Musch, J. (2011). Estimating the prevalence of negative attitudes towards people with disability: A comparison of direct questioning, projective questioning and randomised response. *Disability and Rehabilitation, 33*(5), 399-411.
- Pécaut, D., & González, L. (1997). Presente, pasado y futuro de la violencia en Colombia. *Desarrollo Económico, 36*(144), 891-930.
- Peláez, G. (2007). Los duelos en el cuerpo físico y social de mujeres víctimas de la violencia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, (5)*, 75-95.
- Pérez, L. (2010). Tradiciones de resistencia y lucha: un análisis sobre el surgimiento y la permanencia de las guerrillas en Colombia. *Análisis Político, 23*(70), 63-80.
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. *Oncología, 28*(3), 33-37.
- Quitian, H., Ruiz, E., Gómez, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*, 31-38.
- Ramirez, L., Veloza, M., & López, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado, en el escenario del postconflicto. *Revista Movimiento Científico, 10*(1), 88-94.
- Ramos-Vidal, I., Holgado, D., & Maya-Jariego, I. (2014). Las redes personales de los desplazados internos por la violencia política en Colombia: una aproximación al caso del departamento del Atlántico. *Trace, (65)*, 51-68.
- Red Nacional de Información (2017). *Registro Único de Víctimas*. Recuperado de: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>

Resolución No 8430 (4, octubre, 1993). República de Colombia Ministerio de salud.

Recuperado el 25 de julio de 2017 de:

http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/

Resolución No. 848 (30, diciembre, 2014). Directora General de la Unidad Para la Atención y

Reparación Integral a las Víctimas. Recuperado el 5 de agosto de 2017, de:

http://escuela.unidadvictimas.gov.co/normatividad/resoluciones/Resolucion_00848_DE_30_DE_DICIEMBRE_2014.pdf

Retana, J. (2007). La discapacidad por amputación traumática y la educación emocional.

(Tesis de grado). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2007-15.pdf>

Richardson, C., Glenn, S., Horgan, M., & Nurmikko, T. (2007). A prospective study of

factors associated with the presence of phantom limb pain six months after major lower limb amputation in patients with peripheral vascular disease. *The Journal of Pain*, 8(10), 793-801.

Rincón, I., Cantillo, A., Ordúz, J., & Mora, S. (2010). Caracterización de la funcionalidad

familiar y redes sociales existentes en desplazados por la violencia en algunas localidades de Bogotá DC. *Medicina y Cirugía*, 19(2), 147-154.

Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Beck, J. G., ... &

Simon, N. M. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(8), 1072-1078.

Rodríguez, I. M. R., Núñez, A. R, Bulla, J. M., & Lozano, A. G. (2017). Representaciones

Sociales de la Discapacidad en Estudiantes Universitarios. *Revista Horizontes*

- Pedagógicos*, 18(2), 86-93. Recuperado de:
<http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/view/1098>
- Rodríguez, J. P. (2016). Herramientas para un abordaje multidimensional de los procesos de salud, enfermedad y atención. El modelo dialógico propuesto desde la antropología médica. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 14(36), 29-39.
- Roldán, I. (2007). El estado actual de las víctimas en Colombia: la búsqueda de la verdad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 41-66.
- Romero, M. (2016). El Apoyo Social y la discapacidad física en España (Tesis de grado)
Recuperado de:
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3238/1/Romero%20Moreno%2C%20Javier.pdf>
- Rubio H. M. J., & Berlanga S. V. (2012). Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de Student y ANOVA en SPSS. REIRE. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 2012, vol. 5, num. 2, p. 83-100. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/45286>
DOI:10.1344/reire2012.5.2527
- Rubio S. J., Martin, A. R., Furlan R. J., da Silva B. M., & Silva M. S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16(2). <http://www.redalyc.org/html/741/74146013007/>
- Sánchez, E. (2004). Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 124-134.
- Sánchez, M. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo abierto*, vol. monográfico, 11-30.
- Scott, J., & Huskisson, E. C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2(2), 175-184.

- Serrano, S., Caballero, J., Cañas, A., García, L., Serrano, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9(2), 109-21. http://revista.sedolor.es/Graficos/pdf_button.png
- Serratos-Vázquez, M. C., Guevara-López, U. M., García-Miranda, G. M., Roa-Aguirre, L., & Rivera-Saldívar, G. (2011). Frecuencia del dolor neuropático en pacientes con lesiones músculo-esqueléticas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 264-269. <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114f.pdf>
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science*, 32(6), 705-714.
- Silva, K., Ortiz, A., Patiño, E., Aguilera, C., Velasco, T., García de Vicuña, R. & González, I. (2012). Influencia de la estructura de los afectos en la evaluación de la artritis reumatoide mediante la escala visual analógica de dolor, el HAQ y el DAS28. *Reumatología Clínica*, 8(6), 328-333.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/1979-26481-001>
- Sociedad Española del Dolor (2001). Conceptos, Tipos de dolor y Fisiopatología. En Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del Dolor. Recuperado de: <http://www.plandolor.grupoaran.com/pdfs/CAPITULO1.pdf>
- Soto, N., & Vasco, C. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática*, 1(8), 3-22. Recuperado de: https://da6901a5-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/masaccesible/home/representacionessocialesydiscapacidad.pdf?attachauth=ano7croikfzp7xfczgzued16uo_jwezpla8ue5ks8cuw6j3hegxwbabsz w7zj5atgqqsmvmekya5n4noltgby8c8k2wl9hghy4zagx2h2b2ywdx4k42sfjas_f99nrmz1w5hk7cl5hvqiakpiqy2zjigjfsenpjsrf4hlmdkgszswzl4pnow_aao2vyn2cgkc_eoz9-

b8wegqnxedkymoikx-veuyipwq_a9lm3axijwhsi-
irmasjcv3nrnrxeswgzcv9uz&attredirects=0

Subdirección de Coordinación Técnica del SNARIV (2016). Población con Discapacidad.

Recuperado de:
https://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD.PDF

Suso-Vergara, S., & Suso-Ribera, C. (2012). Aspectos psicológicos implicados en la discapacidad y el dolor en las lesiones de los nervios periféricos de los miembros superiores. *Dolor. Investigación Clínica & Terapéutica*, 27(2), 61-62.

Tonon da Luz, S. C., Souza, J. B., Andrade, M. C., Ventoza, C., Honorio, G. J. S., Ávila, A. O. V., & Berral, F. J. (2012). Valoración del síndrome del dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. *Trauma*, 23(3), 176-182. <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v23n3/docs/Articulo8.pdf>

Traue, H., Jerg-Bretzke, L., Pflingsten, M., & Hrabal, W. (2010). *Factores psicológicos del dolor crónico*. En Kopf, M., & Patel, N. (Eds). Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Washigton, D.C.: IASP. Recuperado de: https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

Tristan, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento. *Revista Avances en Medición*, 6, 37-48.

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.678

- Valdes, P., A., M. (2010). El proceso vivencial de las víctimas civiles de MAP, AEI Y REG en la zona caribe. En Blandón, L., Echavéz, P., & Valdes, A., *Discursos y percepciones de los actores involucrados en la experiencia vivencial de las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) y Resto Explosivo de Guerra (REG) en los departamentos de Bolívar y Sucre.* (237- 263). Colombia: Handicap International.
- Van Leeuwen, W. F., Van der Vliet, Q. M., Janssen, S. J., Heng, M., Ring, D., & Vranceanu, A. M. (2016). Does perceived injustice correlate with pain intensity and disability in orthopaedic trauma patients?. *Injury*, 47(6), 1212-1216.
- Vargas, S. (2001). Discapacidad y pobreza. *Economía y sociedad*, 6(17), 43-52.
- Vázquez, A., & Cáceres, N. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-OPS. Recuperado de: <http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>
- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2), 1-11.
- Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N., & Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 610-619. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642011000400006
- Vélez, P., & Álvarez, C. (2010). Validación de una escala para valorar el dolor en pacientes odontológicos. *Revista CES*, 3(1), 4-13.
- Villa, J. D., Londoño, N., Gallego M., Arango, L., & Rosso, M. (2016). Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y experiencia clínica comunitaria. Acompañamiento psicosocial para la “rehabilitación” de víctimas del conflicto armado. *Revista El Ágora USB*,

16(2),427

-

452.

<http://www.revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/2454/2349>

- Villa, J. D., Londoño, D. D., & Barrera, D. M. (2015). Reparación a las víctimas de dictaduras, conflictos armados y violencia política en sus componentes de compensación, satisfacción, rehabilitación y no repetición. *El Ágora USB*, 15(1), 217-240.
- Vivanco, A. (2001). *Apoyo social*. En Núñez, F. *Psicología y salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 80-82.
- Wewers, E., & Lowe, K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing & health*, 13(4), 227-236.
- Zapata Mazo, L., Giraldo Muñoz, J., Zuleta Muñoz, A., & Montoya Laverde, C. (2015). Desaparición forzada en Colombia: el duelo, un asunto de reparación social. *Revista Poiésis*, 30, 157-162.
- Zunzunegui, M. V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria*, 25, 12-20.

Ilustración 8. Opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas - Calificación negativa frente al apoyo del gobierno.

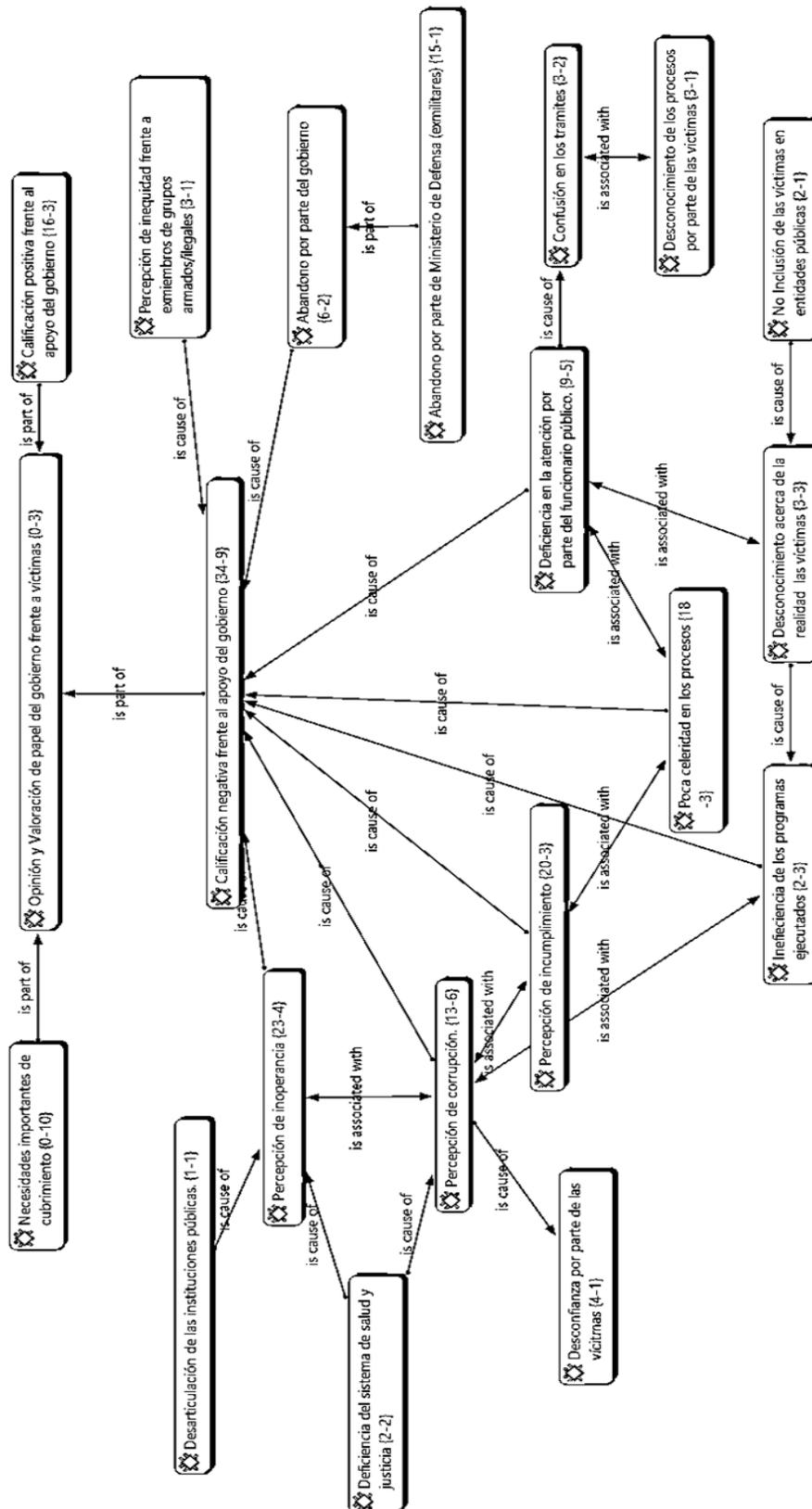


Ilustración 9. Opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas - Calificación positiva frente al apoyo del gobierno.

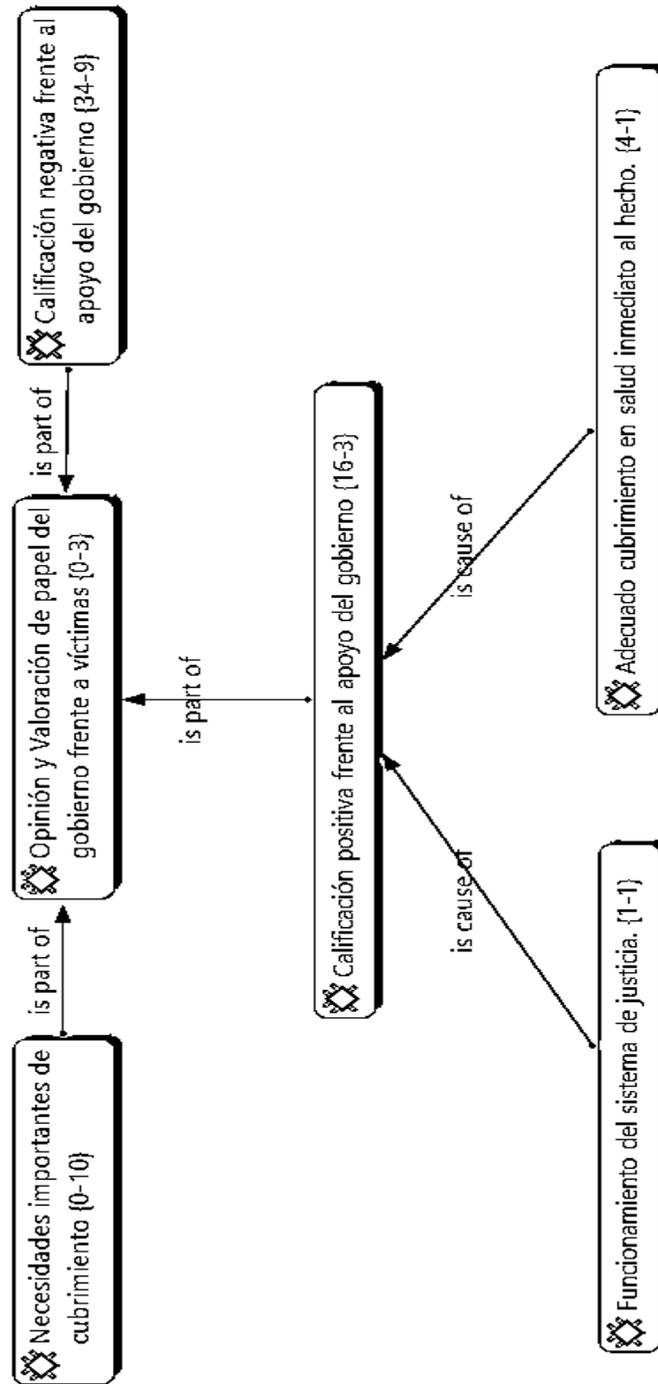


Ilustración 10. Opinión y valoración del papel del gobierno frente a las víctimas - Necesidades importantes de cubrimiento.

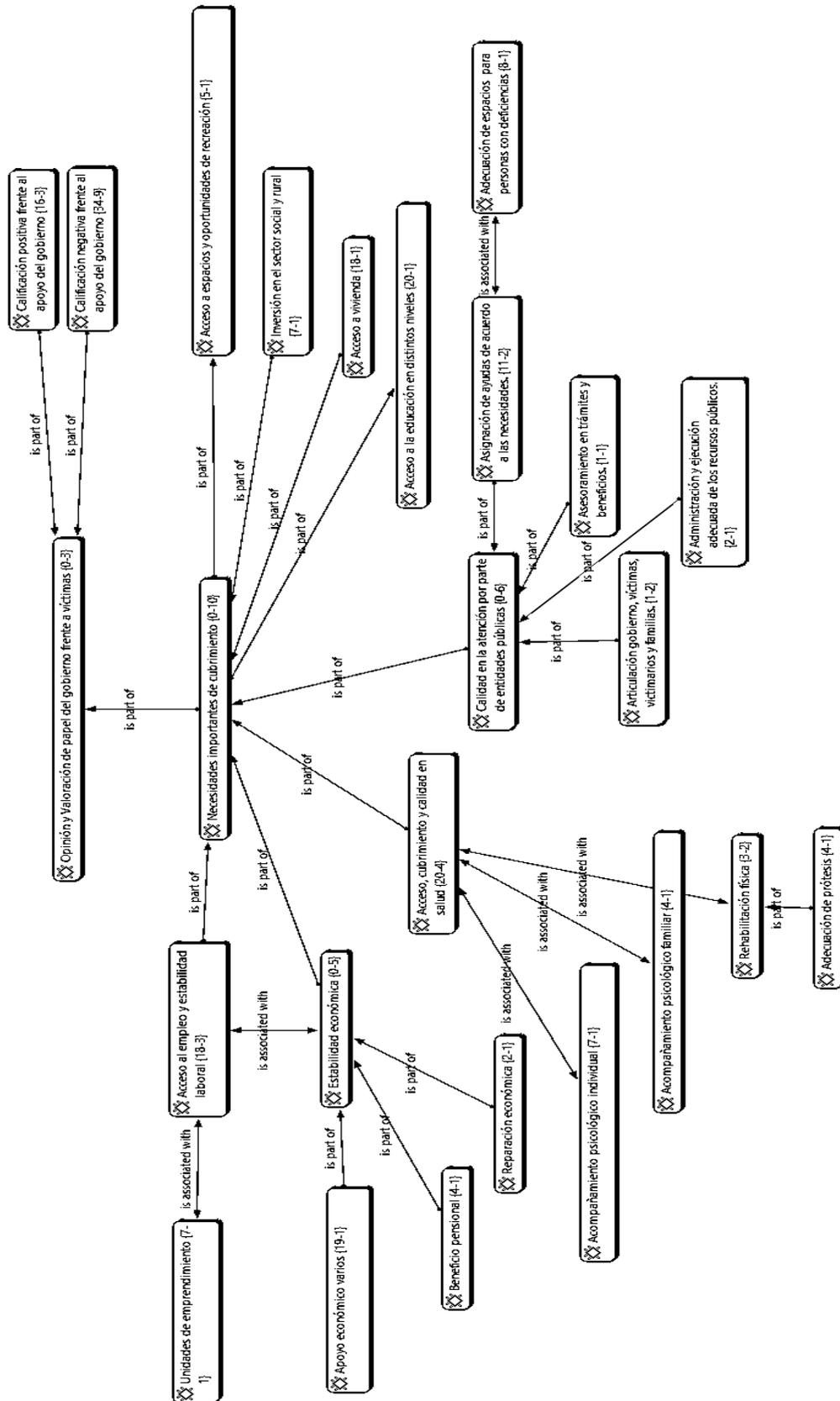
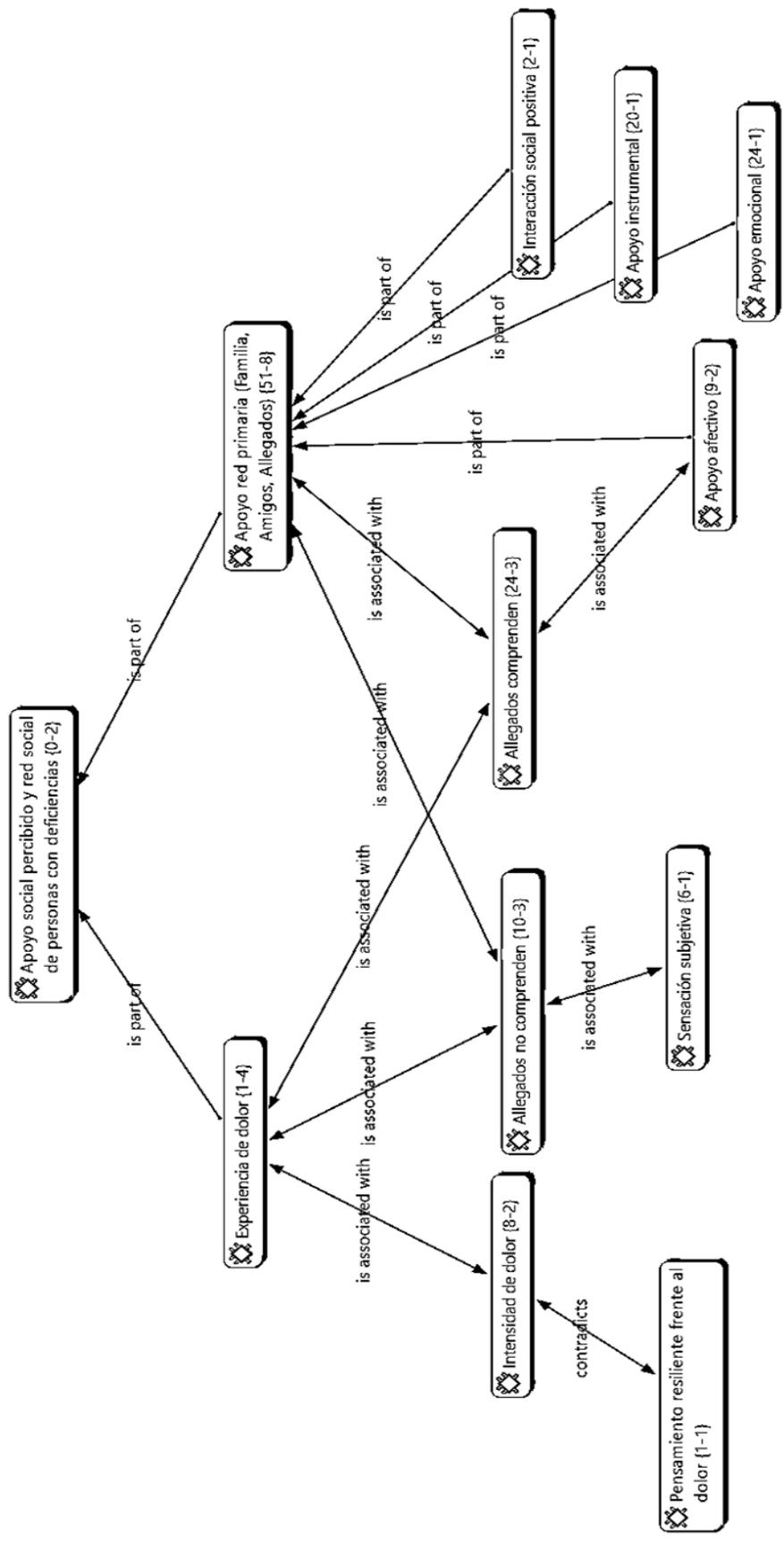


Ilustración 11. Apoyo social percibido y red social de personas con deficiencias.



12. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado protocolo de pruebas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

“Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencias en estructuras corporales.”

Estimado(a) participante

De acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 52, 55 y 56 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, firmada y publicada por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, se hace necesario obtener el consentimiento informado por parte de los participantes en esta investigación. Igualmente de acuerdo con los artículos 15 y 16 (capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) de la resolución No. 008430 de 1993 por lo cual se establecen en las normas científicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Usted es invitado a participar en un proyecto investigativo que tiene como propósito caracterizar las condiciones sociales, psicológicas y sociodemográficas de las personas con deficiencia en estructuras corporales que se reconocen como víctimas del conflicto armado colombiano, desarrollado por los psicólogos en formación Carol Juliana García Vargas y Arbey Jair Peña Peña de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga bajo la supervisión de la Dra Ara Mercedes Cerquera Córdoba.

En este contexto, su participación es voluntaria y anónima, y se llevará a cabo bajo la aplicación de los siguientes instrumentos:

1. Ficha de datos sociodemográficos
2. Escala Visual Analógica (VAS)
3. Escala APGAR
4. Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS)
5. Entrevista Semi-estructurada para Víctimas del Conflicto Armado con deficiencia en estructuras corporales

Duración de la aplicación de instrumentos para la presente investigación: 60 minutos aproximadamente

Beneficios

Con la ejecución del presente proyecto se pretende tener información veraz y actualizada acerca de las condiciones sociales, psicológicas y sociodemográficas de las personas víctimas con discapacidad, que contribuyan al diseño de intervenciones viables y pertinentes enfocadas en el bienestar físico y psicológico, y el desarrollo educativo y cultural de esta población. Se espera socializar los resultados obtenidos en medios de difusión científica y académica. Así mismo, usted debe tener en cuenta que su participación es voluntaria, no recibirá ningún beneficio económico ni tendrá que pagar o gastar dinero para ser partícipe del presente estudio.

Posibles riesgos de la participación

No existe riesgo serio conocido por participar en este estudio, lo que quiere decir que durante su participación, usted no correrá ningún tipo de riesgo a nivel médico o psicológico, tampoco se realizará ningún tipo de intervención clínica o procedimiento invasivo (Artículo 11: Investigación sin riesgo, Resolución 008430, Ministerio de Salud, Colombia).

Confidencialidad

Toda la información del estudio se mantendrá bajo la estricta confidencialidad, velando por su integridad y dignidad. Los datos utilizados serán utilizados únicamente por el personal investigador, los cuales podrán ser publicados en cualquier medio científico como revistas, congresos, entre otros, respetando la confidencialidad y anonimato de los participantes. El nombre y datos serán identificados mediante códigos.

Derecho a participar o retirarse del estudio

Usted podrá reusarse a participar del estudio en el momento que así lo considere, sin necesidad de una explicación o justificación al personal investigador. Lo anterior, no implicará _____ sanción alguna.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento, haber recibido las explicaciones verbales sobre el mismo y ser resueltas mis inquietudes; voluntariamente manifiesto que Yo _____ identificado con la Cédula de Ciudadanía Número _____ Expedida en _____, he decidido participar en el estudio.

En constancia firmo este documento de mi consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes _____ del año _____.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA EVALUADOR



Ara Mercedes Cerquera Córdoba
FIRMA SUPERVISORA

Anexo 2. Consentimiento informado para entrevista.

AUTORIZACIÓN DE GRABACIÓN DE AUDIO EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencias en estructuras corporales.””

Yo _____ identificado con la Cédula de Ciudadanía Número _____ expedida en _____, doy mi AUTORIZACIÓN para que los psicólogos en formación Carol Juliana García Vargas y Arbey Jair Peña Peña en su calidad de tesis de la Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga, utilicen los datos que declare por medio de la grabación en la entrevista, como parte de las evidencias del proyecto: **“Dolor, funcionalidad familiar y apoyo social en víctimas del conflicto armado colombiano con deficiencias en estructuras corporales.”**, que tiene como propósito caracterizar las condiciones sociales, psicológicas y sociodemográficas de personas de las personas con deficiencia en estructuras corporales que se reconocen como víctimas del conflicto armado colombiano. Entiendo que la información suministrada será utilizada para fines investigativos, y garantizarán el respeto por la dignidad e intimidad de los participantes, y en ningún caso serán utilizadas con fines diferentes al manifestado.

En constancia firmo este documento de mi consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes _____ del año _____.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA EVALUADOR



Ara Mercedes Cerquera Córdoba
FIRMA SUPERVISORA

Anexo 3. Ficha de datos sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha: _____ Nombre Completo: _____ Edad: _____ Género: _____

Lugar actual de residencia:

Lugar de procedencia:

1	Rural
2	Urbano

1	Rural
2	Urbano

Dirección/ ubicación (por favor sea específico): _____

Teléfono: _____ ¿Hace parte de alguna institución que brinde atención especializada a víctimas del conflicto armado o a discapacitados? SI ___ NO ___ Cuál? _____ Contacto: _____

Descripción de la deficiencia: _____

Calificador 2 (CIF): _____

Estado Civil

1	Soltero(a)	2	Casado(a)	3	Divorciado(a)	4	Viudo(a)	5	En unión Libre
---	------------	---	-----------	---	---------------	---	----------	---	----------------

Nivel de escolaridad

1	Sin estudios	2	Primaria	3	Secundaria/Bachillerato	4	Técnico / Tecnológico	5	Universitario
6	Posgrado	7	Otros						

Nivel de Ingresos

1	Menos del mínimo	2	Mínimo	3	Más del mínimo	4	Sin ingresos
---	------------------	---	--------	---	----------------	---	--------------

Nivel Socioeconómico

1	Estrato 1	2	Estrato 2	3	Estrato 3	4	Estrato 4	5	Estrato 5	6	Superior
---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	----------

Situación Laboral actual

1	Activo	2	Jubilado	3	Hogar	4	Desempleado	5	Activo y Jubilado	6	Jubilado y Hogar
---	--------	---	----------	---	-------	---	-------------	---	-------------------	---	------------------

Fuente(s) de ingresos (especificar también si es diferente a la actividad laboral actual):

1	Gubernamental	2	Vinculado laboralmente	3	Independiente	4	Sin ingresos
5	Gubernamental e independiente	6	Vinculado laboralmente e independiente	7	Gubernamental y vinculado laboralmente		

¿La deficiencia fue causada por un hecho victimizante? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____ ¿En que año ocurrió? _____

¿Cual o cuales hechos victimizantes ha sufrido? _____, _____, _____

¿En que año ocurrieron? _____, _____, _____

¿En qué LUGAR ocurrieron los hechos por los cuales es víctima del conflicto?

1	Rural
2	Urbana

Departamento: _____

1	Sin información	7	Delitos contra la libertad y la integridad sexual
2	Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	8	Acto terrorista/Atentados/Combates/Hostigamientos
3	Abandono o Despojo Forzado de Tierras	9	Amenaza
4	Secuestro	10	Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo
5	Tortura	11	Desplazamiento
6	Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes		

Anexo 4. Escala Visual Análoga (VAS).

Escala Visual Análoga (VAS)
(Scott & Huskisson, 1976)

A continuación, le solicitamos que señale con una **X** sobre la línea, teniendo en cuenta que cada uno de los extremos representa el mínimo dolor experimentado (NO DOLOR) y el máximo dolor experimentado (DOLOR SEVERO).

NO DOLOR	DOLOR SEVERO

Anexo 5. Cuestionario de función familiar – APGAR

Cuestionario de función familiar – APGAR
(Smilkstein, 1978. Bellón, Delgado, Luna del Castillo & Lardelli Claret, 1996)

A continuación se plantean cinco preguntas que corresponden a un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Afectividad y Capacidad resolutive. Usted deberá responder en las casillas, en las cuales se encuentran las palabras: Nunca, A veces y Siempre. Para responder las casillas asignadas, deberá colocar una ‘X’ según corresponda su preferencia.

FUNCIÓN	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
¿Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe se familia?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
¿Siente que su familia le quiere?			
¿Está satisfecho(a) con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			

Anexo 6. Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social - MOS

Cuestionario de Apoyo Social MOS

(Londoño, Rogers, Tang, Gómez, Arizal, Pérez, & Acevedo, 2012).

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone_

1- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

(Personas con las que se siente a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre) Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: ____ ; ____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda; ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de ayuda cuando lo necesita?

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

APOYO EMOCIONAL: suma de ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

APOYO INSTRUMENTAL: suma de ítems 2, 5, 12 y 15.

APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA: suma de ítems 7, 11, 14 y 18.

APOYO AFECTIVO: suma de ítems 6, 10 y 20.

INDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL: suma de los 19 ítems.

Anexo 7. Entrevista semi-estructurada para víctimas del conflicto armado con deficiencia en estructuras corporales (VICA-DF)

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO CON DEFICIENCIA EN ESTRUCTURAS CORPORALES (VICA-DF)		
AREAS	COMPONENTES	PREGUNTA
APOYO GUBERNAMENTAL	Conocimiento acerca de derechos, beneficios o tipo de asistencia	(1) ¿Sabe usted que el día 9 de Abril el congreso de la república se reúne en pleno para escuchar a las víctimas en una jornada de sesión permanente? (2) ¿Conoce cuáles son sus derechos como víctima del conflicto armado? (3) ¿Cómo brinda apoyo o asistencia el gobierno a las víctimas del conflicto armado? (4) ¿Qué conoce en relación al programa de atención psicosocial y atención integral a las víctimas (PAPSIVI)?
	Experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno.	(4.2) ¿Alguna vez recibió servicios o atención por parte del programa PAPSIVI?, Si la persona responde afirmativamente, ¿Cuáles aspectos positivos y negativos destaca de este? (5) Atendiendo a su situación de víctima, ¿Recibe atención o beneficio por parte de alguna institución pública o privada? (6) ¿Reciente al hecho victimizante recibió ayuda o asesoría por parte de algún funcionario público?, si es afirmativo, ¿Qué tipo de ayuda recibió?
	Opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto.	(7) En su opinión, ¿Cuáles necesidades de las víctimas del conflicto armado es importante que el gobierno satisfaga? (8) A modo general, ¿Cómo califica el apoyo que el gobierno colombiano ofrece a las víctimas del conflicto armado con deficiencia?
APOYO SOCIAL	Factores contextuales relacionados a la deficiencia y situación de víctima.	(9) ¿Se ha sentido rechazado o vulnerado por ser víctima? (10) ¿Se ha sentido rechazado o vulnerado a causa de su deficiencia? (11) ¿Cómo considera que su situación actual de deficiencia o de víctima ha influido en sus relaciones sociales?
	Apoyo social percibido y red social.	(12) ¿Cree que sus allegados han sabido comprender la sensación de dolor que usted experimenta?, ¿Porque? (13) ¿En qué aspectos se sienta apoyado por sus familiares, amigos y demás allegados?

Anexo 8. Matriz categorial.

UNIDAD DE ANÁLISIS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS EMERGENTES (primer nivel)	CATEGORIAS EMERGENTES (segundo nivel)
APOYO GUBERNAMENTAL	Experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno	Atención PAPSIVI	Recibió atención PAPSIVI	Aspectos negativos PAPSIVI
APOYO GUBERNAMENTAL	Experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno	Atención o beneficio recibido	Con atención o beneficio por entidad pública Con atención o beneficio por ONG/Fundación Sin atención o beneficio Asistencia por parte del gobierno	Asistencia como exmilitar Subsidio de vivienda Pensión-exmilitar Cubrimiento en salud mental-exmilitar. Asistencia recibida por parte del gobierno Asistencia económica Apoyo en capacitación y formación Asistencia en salud física y mental
APOYO GUBERNAMENTAL	Experiencia personal respecto al acceso a derechos beneficios o asistencia ofrecida por el gobierno	Asistencia inmediata	Recibió asistencia inmediata al hecho Sin asistencia inmediata Asistido por Funcionario público Asistido por Funcionario ONG	Orientación. Servicio médico. Servicio de atención psicológica. Ayuda humanitaria inmediata
APOYO GUBERNAMENTAL	Opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto	Necesidades importantes de cubrimiento	Acceso al empleo y estabilidad laboral. Estabilidad económica Acceso, cubrimiento y calidad en salud. Acceso a vivienda. Acceso a la educación en distintos niveles. Acceso a espacios y oportunidades de recreación. Inversión social y rural. Calidad en la atención por parte de entidades públicas.	Unidades de emprendimiento Rehabilitación física Adecuación de prótesis Acompañamiento psicológico individual, Acompañamiento psicológico familiar. Apoyo económico varios. Beneficio pensional. Reparación económica. Asesoramiento en trámites y beneficios Asignación de ayudas de acuerdo a las necesidades. Administración y ejecución adecuada de los recursos públicos. Articulación gobierno, víctimas, victimarios y familias. Adecuación de espacios físicos para personas con deficiencias.
APOYO GUBERNAMENTAL	Opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto	Calificación negativa al apoyo del gobierno	Percepción de corrupción. Percepción de inoperancia. Percepción de incumplimiento. Poca celeridad en los procesos. Deficiencia en la atención por parte del funcionario público. Abandono por parte del gobierno. Percepción de inequidad frente a ex-miembros de grupos armados Ineficiencia de los programas ejecutados.	Abandono por parte del Ministerio de defensa (exmilitares) Desconocimiento acerca de la realidad del estado de las víctimas Desconfianza por parte de las víctimas Deficiencia del sistema de salud y de justicia. Desarticulación de las instituciones públicas No Inclusión de las víctimas en entidades públicas Desconocimiento de los procesos por parte de las víctimas. Confusión en los trámites.
APOYO GUBERNAMENTAL	Opinión y valoración de papel del gobierno frente a las víctimas del conflicto	Calificación positiva al apoyo del gobierno	Funcionamiento del sistema de justicia. Adecuado cubrimiento en salud inmediato al hecho	
APOYO SOCIAL	Apoyo social percibido y red social de personas con deficiencias	Allegados comprenden Allegados no comprenden	Intensidad de dolor Experiencia de dolor	Pensamiento resiliente frente al dolor Sensación subjetiva
APOYO SOCIAL	Apoyo social percibido y red social de personas con deficiencias	Apoyo red primaria (Familia, Amigos, Allegados)	Apoyo emocional Apoyo instrumental Apoyo Afectivo Interacción social positiva	