

FACTORES PREDISPONENTES EN LA APARICIÓN DE TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN LA EJECUCIÓN DE ROLES
OCUPACIONALES EN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN NORTE
DE SANTANDER



MARTHA LILIANA SÁNCHEZ CUBILLOS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL
PAMPLONA

2018

FACTORES PREDISPONENTES EN LA APARICIÓN DE TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN LA EJECUCIÓN DE ROLES
OCUPACIONALES EN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN NORTE
DE SANTANDER



MARTHA LILIANA SÁNCHEZ CUBILLOS

ESP. YEIDY SUGEY BOHÓRQUEZ BOTELLO

ASESOR METODOLÓGICO

ESP. AUDRY NATALY MONROY PÉREZ

MAG. JORGE IVAN ANAYA BALDOVINO

ASESORES CIENTÍFICOS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL

PAMPLONA

2018

Contenido

	Págs.
Resumen.....	16
Abstract	17
Introducción	18
Capítulo I	23
Titulo.....	23
Problema de investigación	23
Descripción del problema.....	23
Pregunta de investigación.....	27
Justificación.....	27
Objetivos	32
Objetivo general.	32
Objetivos específicos.....	32
Capítulo II	33
Marco de referencia	33
Antecedentes investigativos	33
Antecedentes internacionales.	33
Antecedentes nacionales.....	36
Antecedentes investigativos regionales	42
Antecedentes locales.....	46
Marco teórico	50
Factores de riesgo en la aparición de trastorno por estrés posttraumático.	51
Influencia del sexo	52
Influencia de la edad	53
Influencia del nivel socio económico	53
Influencia del apoyo social	54
Trastorno por estrés posttraumático.	56
Causas	59
Criterios diagnósticos de trastorno por estrés posttraumático guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5	61

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	61
Trastorno de estrés postraumático	62
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	63
Trastorno de estrés postraumático	65
Desempeño Ocupacional.....	65
Roles ocupacionales	66
Roles internalizados	67
Identificación del rol	68
Guiones de roles.....	69
Influencia de los roles en la ocupación	69
Víctimas del conflicto.....	71
Modelos, enfoques y paradigmas de terapia ocupacional.....	72
Modelo de la ocupación humana, Gary Kielhofner	73
Marco de referencia analítico.....	74
Marco de referencia cognitivo conductual	75
Enfoque psicosocial.....	76
Marco legal.....	77
Declaración universal de derechos humanos.....	78
Ley 1448 del 10 de junio de 2011.....	80
Ley 1122 de enero 9 2007.....	81
Ley 1616 de enero 21 2013.....	82
Resolución 1841 de mayo 28 de 2013.....	82
Marco ético.....	84
Consentimiento informado.....	85
Código de Helsinki de la asociación médica mundial principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.....	85
Código de Núremberg.....	86
Marco conceptual	86
Marco contextual.....	89
Alcaldía de Pamplona Norte de Santander.....	89
<i>Misión</i>	89

<i>Visión</i>	89
Objetivos y funciones	89
<i>Objetivos</i>	90
Funciones	90
Sistema de variables	93
Formulación de hipótesis	102
Capítulo III.....	103
Metodológica	103
Diseño metodológico.....	103
Enfoque de investigación.	104
Mixto.....	104
Tipo de investigación.	105
Investigación Descriptiva.....	105
Investigación Explorativa	105
Análisis cualitativo.....	106
<i>Codificación axial</i>	106
Método fenomenológico.	107
Triangulación de datos.	108
<i>Población</i>	109
<i>Muestra</i>	111
Muestreo no probabilístico	111
Criterios de inclusión y exclusión.	113
Criterios de inclusión	114
Criterios de exclusión	114
Técnicas para la recolección de datos.	115
Fuentes primarias de información.....	115
Instrumentos.....	117
Confiabilidad.....	117
Validez	117
<i>Listado de roles</i>	118
Entrevista histórica del desempeño ocupacional OPH II.....	119

<i>Narrativa de vida</i>	120
<i>Ficha sociodemográfica</i>	122
Capítulo IV	123
Resultados	123
Resultados ficha sociodemográfica	124
Resultados listado de roles	142
Análisis cualitativo	170
Resultados categorías predeterminadas factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático	171
Resultados triangulación de datos	199
Discusión de resultados	207
Capítulo V	215
Plan de acción	215
Introducción	216
Justificación	218
Objetivos	221
Objetivo General	221
Objetivos Específicos	221
Marco teórico	222
Metodología	234
Etapas del plan de acción	239
Cronograma de actividades	240
Descripción de actividades	242
Capítulo VI	261
Producto final	261
Producto para la institución	261
Introducción	261
Justificación	263
Objetivo	264
Conclusiones	266
Recomendaciones	268

Referencias bibliográficas.....	271
Apéndices.....	279

Listado de tablas

	Págs.
Tabla 1. Sistema de variables.....	93
Tabla 2. Categorías predeterminadas, análisis cualitativo variable independiente.....	94
Tabla 3. Comprobación de variables	97
Tabla 4. Codificación axial para el fenómeno de trastorno por estrés postraumático.	107
Tabla 5. Características población.	110
Tabla 6. Características muestra.	112
Tabla 7. Informantes clave, muestra.	113
Tabla 8. Distribución porcentual según edad.....	124
Tabla 9. Distribución porcentual según género	126
Tabla 10. Género.....	126
Tabla 11. Distribución porcentual según estado civil.....	128
Tabla 12. Distribución porcentual según tipo de familia.....	130
Tabla 13. Distribución porcentual según lugar de origen.....	131
Tabla 14. Distribución porcentual según nivel de escolaridad.	133
Tabla 15. Distribución porcentual según estrato socioeconómico.....	135
Tabla 16. Distribución porcentual según tipo de trabajo	136
Tabla 17. Distribución porcentual según beneficio económico.....	138
Tabla 18. Distribución porcentual según hecho victimizante.....	140
Tabla 19. Distribución porcentual según identidad del rol de estudiante	142
Tabla 20. Designación de valor del rol estudiante	143
Tabla 21. Distribución porcentual según Identidad del rol de trabajador.....	145
Tabla 22. Distribución porcentual según Designación de valor del rol trabajador.....	146
Tabla 23. Distribución porcentual según identidad del rol de voluntario.....	148
Tabla 24. Distribución porcentual según designación de valor del rol voluntario	149
Tabla 25. Distribución porcentual según identidad del rol de proveedor de cuidados	151
Tabla 26. Distribución porcentual según designación de valor del rol de proveedor de cuidados	152
Tabla 27. Distribución porcentual según identidad del rol de amo/a de casa.....	154
Tabla 28. Distribución porcentual según designación de valor del rol amo de casa	155

Tabla 29. Distribución porcentual según identidad del rol de amigo	157
Tabla 30. Distribución porcentual según designación de valor del rol amigo.....	158
Tabla 31. Distribución porcentual según identidad del rol de miembro de familia.....	159
Tabla 32. Distribución porcentual según designación de valor del rol miembro de familia	160
Tabla 33. Distribución porcentual según identidad del rol de participante religioso	162
Tabla 34. Distribución porcentual según designación de valor del rol participante religioso	163
Tabla 35. Distribución porcentual según identidad del rol de aficionado	164
Tabla 36. Distribución porcentual según designación de valor del rol aficionado.....	166
Tabla 37. Distribución porcentual según identidad del rol de participante en organizaciones...	167
Tabla 38. Distribución porcentual según designación de valor del rol participante en organizaciones	169
Tabla 39. Memorando 1, Vulnerabilidad pre trauma.....	171
Tabla 40. Memorando 2, Vulnerabilidad pre trauma.....	172
Tabla 41. Memorando3, Vulnerabilidad pre trauma.....	174
Tabla 42. Memorando 4, Vulnerabilidad pre trauma.....	176
Tabla 43. Memorando 5, Magnitud del estresor	178
Tabla 44. Memorando 6, Magnitud del estresor	189
Tabla 45. Memorando 7 Factor pos trauma	192
Tabla 46. Memorando 8, Factor pos trauma	196
Tabla 47. Cronograma de actividades.....	240
Tabla 48. Actividades primera fase	243
Tabla 49. Actividades segunda fase.....	248
Tabla 50. Actividades tercera fase.	254

Listado de figuras

	Págs.
Figura 1. Marco teórico.....	50
Figura 2. Organigrama alcaldía de Pamplona.....	91
Figura 3. Alcaldía municipal de Pamplona.....	92
Figura 4. Técnicas utilizadas para triangulación de datos.	108
Figura 5. Edad.....	124
Figura 6. Estado civil.....	128
Figura 7. Tipo de familia.....	130
Figura 8. Lugar de nacimiento.....	132
Figura 9. Nivel de escolaridad.....	134
Figura 10. Estrato socioeconómico.....	135
Figura 11. Tipo de trabajo.....	137
Figura 12. Beneficio económico.....	138
Figura 13. Hecho victimizante.....	140
Figura 14. Identidad del rol de estudiante.....	142
Figura 15. Designación del valor de estudiante.....	144
Figura 16. Identidad del rol de estudiante.....	145
Figura 17. Rol de trabajador.....	147
Figura 18. Identidad del rol de voluntario.....	148
Figura 19. Designación del valor del rol de voluntario.....	150
Figura 20. Identidad del rol de proveedor de cuidados.....	151
Figura 21. Designación de valor del rol de proveedor de cuidados.....	153
Figura 22. Identidad del rol amo de casa.....	154
Figura 23. Designación de valor del rol de amo de casa.....	156
Figura 24. Identidad del rol de amigo.....	157
Figura 25. Designación de valor del rol de amigo.....	158
Figura 26. Identidad del rol de miembro de familia.....	159
Figura 27. Designación de valor del rol de miembro de familia.....	161
Figura 28. Identidad del rol de participante religioso.....	162

Figura 29. Designación de valor del rol participante religioso.	164
Figura 30. Identidad del rol de aficionado.	165
Figura 31. Designación de valor del rol aficionado.	166
Figura 32 Identidad de rol en organizaciones.	168
Figura 33. Designación de valor del rol participante en organizaciones.	169
Figura 34. Círculos hermenéuticos.	199
Figura 35. Círculos hermenéuticos, Magnitud del estresor.	202
Figura 36. Círculo hermenéuticos, Factores pos trauma.	204
Figura 37. Logo plan de acción.	215
Figura 38. Etapas plan de acción.	240
Figura 39. Producto final.	265

Listado de Apéndices

	Págs.
Apéndice A. Consentimiento informado	279
Apéndice B. Listado de roles	281
Apéndice C. Entrevista semiestructurada narrativa de vida	282
Apéndice D. Ficha Sociodemográfica	283
Apéndice E. Evidencias fotográficas	284

Listado de siglas

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

TEPT: Trastorno por estrés posttraumático

RUV: Registro único de víctimas

OMS: Organización mundial de la salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

MOHO: Modelo de la ocupación humana

Agradecimientos

A Dios; por concederme la vida y permitirme avanzar día a día acompañada de sus bendiciones
manifestadas de todas las formas.

A mis padres por acompañarme en cada paso, guiarme, enseñarme a perseverar, por ser la cuna
de valores y de amor puro e incondicional.

A mis Hermanas por su amor invencible y su incondicional apoyo y compañía, por creer en mí.

A cada uno de mis amigos por enseñarme desde la esencia de su ser.

A mis docentes supervisoras por trasmitirme su conocimiento, dedicación y guía en este proceso,
por formarme académica y personalmente.

A los docentes de terapia ocupacional que a través de su experiencia y conocimiento me han
mostrado el valor de la terapia ocupacional y su impacto en la vida de quienes la necesitan.

A cada persona que colaboro con esta investigación, a la secretaría de gobierno que me permitió
desarrollar el proyecto, por su colaboración y guía, y desde luego al grupo de víctimas que me
permitieron entrar en sus vidas y compartir aspectos sensibles de sus historias, sin esto, esta
etapa no hubiese sido posible de culminar.

Y por último agradecer a cada persona que se cruzó en el recorrido de la formación como
terapeuta ocupacional, cada uno aportó en mi formación.

Dedicatoria

A mis padres y hermanas por su amor inmensurable, dedicación, por confiar y luchar cada día junto a mí, por mis metas y sueños, por enseñarme a ser buen ser humano, por no juzgarme y sobre todo por acompañarme, aconsejarme y ayudarme a superar los momentos adversos.

Que este logro pueda honrar sus esfuerzos y amor para conmigo, ustedes son la luz y energía de mi vida.

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la influencia de los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander, partiendo de un enfoque mixto y un tipo de investigación descriptiva y explorativa, haciendo uso de los instrumentos estandarizados listado de roles y la entrevista semiestructurada del OPHI II.

Resultados: La etapa del ciclo vital predominante entre las víctimas se encuentra en la transición de la adultez a la adultez mayor; El factor con mayor impacto para la aparición del trastorno por estrés postraumático está dado por la magnitud del estresor, con el elemento específico de exposición directa al trauma, desencadenando una sintomatología que impacta en el rol de aficionado, dificultando la identificación de intereses debido a la falta de intervención de los factores pos trauma.

Conclusión: La investigación evidenció la importancia de intervención psicosocial por parte de terapia ocupacional promoviendo los factores protectores desde las redes de apoyo como elemento del factor pos trauma, facilitando la adquisición de destrezas y habilidades necesarias para el funcionamiento en comunidad y el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados acordes al ciclo vital.

Palabras clave: Roles ocupacionales, terapia ocupacional, trastorno por estrés postraumático.

Abstract

The objective of the study was to determine the influence of predisposing factors in the occurrence of post-traumatic stress disorder and the execution of occupational roles in a population victim of the armed conflict in Norte de Santander, based on a mixed approach and a type of descriptive and exploratory research, making use of the standardized instruments list of roles and the semi-structured interview of OPHI II.

Results: The stage of the predominant life cycle among the victims is in the transition from adulthood to adulthood; The factor with the greatest impact for the occurrence of post-traumatic stress disorder is given by the magnitude of the stressor, with the specific element of direct exposure to trauma, triggering a symptomatology that impacts on the role of amateur, making it difficult to identify interests due to the lack of intervention of post-trauma factors.

Conclusion: The research evidenced the importance of psychosocial intervention by occupational therapy, promoting protective factors from support networks as an element of post-trauma factor, promoting the acquisition of skills and abilities necessary for community functioning and the performance of valuable and standardized social roles according to the life cycle.

Keywords: Occupational roles, Occupational Therapy, Post-traumatic, stress disorder.

Introducción

Colombia como país del hemisferio occidental, es considerada la nación con el conflicto armado interno más antiguo del mundo según el informe general del centro nacional de memoria histórica (Centro de Memoria Histórica, 2012), remontándose el enfrentamiento bélico a la década de los años treinta, originándose entre la disputa entre los partidos políticos por el poder, (Montalvo, 2012) conllevando a actos violentos en contra de la población civil, extendiendo dicho sucesos a la actualidad con la operación de las guerrillas principalmente las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC y el Ejército de Liberación Nacional ELN, que son fruto de las dinámicas sociales y regionales (Saumeth, 2018).

En consecuencia, la lucha constante de ideología entre los grupos al margen de la ley se ha expresado negativamente en diferentes formas de violencia a través de más de cincuenta años, reflejándose en la población colombiana con la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales: a la vida, la libertad, la honra, la dignidad, la convivencia pacífica, la paz, entre otros derechos, que se ven cruelmente quebrantados a través de las masacres, homicidios selectivos, desapariciones forzadas, reclutamientos ilícitos, torturas, violencia sexual, y demás prácticas inhumanas, (Montalvo, 2012) que por su trascendencia traumática y violenta convergen hacia factores de riesgo, teniendo incidencias emocionales, sociales y mentales, cuyas características repercuten en la ejecución de los guiones de roles, ejecutados por un individuo acorde a su edad cronológica, limitando la participación en ellos, teniendo como consecuencia la pérdida de la internalización e identificación del rol o en su efecto de roles.

La trascendencia de estas consecuencias, está dada según (Belloch, 1995) por la reacción psicológica ante la situación traumática (pp. 176), la que se encuentra relacionada con factores de vulnerabilidad pre trauma, intensidad del trauma y factores pos trauma, con llevando a la aparición de posibles trastornos de tipo mental como depresión, ansiedad y trastorno por estrés pos traumático, trastornos que son los más representativos en la población adulta víctima del conflicto armado, (Castaño, Sierra, Sánchez, Torres, Salas, & Buitrago, 2018) teniendo como consecuencia dificultades del razonamiento, comportamiento, facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida.

Según el artículo 5 de la ley 1616 de 2013 cuya persistencia y características sintomatológicas representan una desestructuración de las actividades concernientes al desempeño de las ocupaciones propias de roles laborales, educativos y sociales, por ejemplo un estudiante quien estuvo expuesto a secuestro puede experimentar dificultades de razonamiento en su rol escolar, reflejándose en la concentración y pensamiento, debido a síntomas de desrealización, haciendo de su entorno académico irreal y distante, incumpliendo de esta manera con el guion del rol escolar.

Es importante adicionar que la prevalencia de los trastornos mentales también se ha confirmado un año después de la exposición a los hechos de victimización, un evento psicológico muy frecuente con esta característica es el trastorno por estrés posttraumático, (Castaño, Sierra, Sánchez, Torres, Salas, & Buitrago, 2018) ,trastorno que cumple con las características en alteración del comportamiento y de adaptación a las condiciones de la vida diaria, que se encuentra asociado a la violencia (Barlow & Durand, 1999, pág. 159),el DSM V (Psiquiatria, 2014, pág. 161) describe el suceso fijador del trastorno por la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror, posteriormente las victimas vuelven a experimentar el acontecimiento a través de recuerdos y pesadillas, acompañado de angustia,

reacciones disociativas, malestar psicológico , reacciones fisiológicas, evitación persistente en estímulos asociados al suceso traumático, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración importante de la alerta y la reactividad.

Por ejemplo un individuo que constantemente presenta alteraciones negativas con el pensamiento recurrente de “ no poder confiar en nadie” no puede realizar actividades de tipo social, o de trabajo en grupo debido a que piensa que alguien le hará daño, dificultando la identificación de su rol social con amigos, aislándose finalmente de amigos o familiares, por consiguiente y basada en Wilcok (2011) y su afirmación de que el “bienestar psicológico social y aspectos esenciales en el concepto actual de salud, se encuentra vinculado con la capacidad de ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas” (Millares & Valverde, 2011, pág. 33).

Se puede deducir que presentada una alteración de tipo mental o social que irrumpa en un estado de salud, el individuo manifestará una limitación significativa en el desarrollo personal y ocupacional, interfiriendo también en los modelos normativos de la conducta que se basan en la cultura y sociedad (roles) partiendo de estos últimos como eje central para la investigación, los que también se encuentran definidos por la asimilación de un estatus social o personalmente definido y su correspondiente conjunto de acciones y actitudes asociadas (Millares, Modelo de la ocupacion humana, Habitación, 2017, págs. 201-202).

Expuesto lo anterior esta investigación tiene por objetivo determinar los factores de vulnerabilidad pre trauma (Historia familiar de desórdenes mentales, genero, traumatización temprana, experiencias negativas parentales) trauma o magnitud del estresor (exposición al evento traumático, afrontamiento) y factores pos trauma (síntomas emergentes, apoyo social) que predisponen en el individuo la aparición de estrés posttraumático partiendo de un hecho victimizante y su posterior influencia en la ejecución de roles ocupacionales desde los aspectos

laboral, educativo, social, familiar, en las víctimas del conflicto armado existentes en el departamento de Norte de Santander , indagando sobre la internalización, identificación guion y equilibrio de los roles respecto a las expectativas de ciclo vital determinando el impacto en el desempeño ocupacional y seguidamente diseñar estrategias de intervención que permitan responder a los hallazgos.

Teniendo en cuenta que el terapeuta ocupacional en la rehabilitación psicosocial se traza como objetivo lograr que las personas se integren en la comunidad en unas condiciones que normalicen las posibilidades del sujeto, gracias a la mejora de su funcionamiento mental y la interacción a nivel social, diseñando y direccionando estrategias terapéuticas en las diferentes áreas logrando mitigar la vulnerabilidad, aumentar los factores de protección, organizándolas a través planes de rehabilitación, establecidos a partir de una evaluación de las características de cada caso.

Según (Millares, Rehabilitación Psicosocial, 2017, pág. 184), utilizando la ocupación como método terapéutico para promover el aprendizaje y adquisición de habilidades y destrezas necesarias para el desempeño de actividades educativas, laborales, lúdicas de ocio y de participación social, favoreciendo la participación e integración social y comunitaria, modificar y/ o adaptar las ocupaciones que un individuo desempeña y empoderar a las comunidades e individuos para desarrollar ocupaciones sociales y culturalmente significativas, que hagan visible su crecimiento y desarrollo (Millares & Valverde, Ocupacion y sald mental, 2011), Sin dejar a un lado la justicia social y ocupacional en la que se reconoce a los individuos como seres ocupacionales con deseos únicos, hábitos y necesidades basadas en unas determinadas circunstancias y capacidades.

La elaboración de este trabajo de investigación, se encuentra estructurado en seis capítulos, organizados de la siguiente forma: primer capítulo: introducción, en la que se contextualiza al

lector sobre el tema de estudio, descripción del problema direccionada hacia la clarificación de causas y efectos, formulación del problema planteando la pregunta de investigación, justificación orientada a las razones del porqué realizar el estudio, determinando la conveniencia y beneficios, y objetivos general y específicos en los que se da a conocer la finalidad de la investigación.

El segundo capítulo soporta la investigación partiendo de antecedentes investigativos, marco teórico, marco conceptual, marco legal, ético y contextual; el tercer capítulo presenta diseño y tipo de investigación enmarcados en un enfoque mixto de tipo exploratorio y descriptivo, así mismo se establece población, muestra, instrumentos de evaluación estandarizados del área disciplinar de evaluación como la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI II y listado de roles.

El cuarto capítulo se encuentra el análisis a partir de los resultados a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS); capítulo cinco plan de acción el cual responde a las necesidades ocupacionales de la población y finalmente el capítulo sexto organizado por conclusiones y producto final.

Capítulo I

Título

Factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en norte de Santander.

Problema de investigación

Descripción del problema.

Según el DSM V (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno por estrés postraumático se determina por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación, conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos sea por ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas, el manual diagnóstico también plantea que los estudios con población en riesgo muestran una prevalencia del 3 al 58% de Trastorno por estrés postraumático, la prevalencia del desorden dependerá de la naturaleza y la intensidad de la experiencia, en el caso de la presente investigación estará determinado por la magnitud del hecho violento vivenciado por las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander, quienes han sufrido directamente las consecuencias tanto a nivel físico, social y psicológico, marcando en ellas un impacto no positivo en el desempeño ocupacional, relacionándose directamente con las conductas esperadas de cada persona, denominadas roles ocupacionales (Millares, Modelo de la ocupación humana, Habitación, 2017, pág. 202).

Con todo ello se produce un estado emocional en el que predominan la ansiedad, la culpa, la ira, la rabia, la hostilidad, a veces la vergüenza, y con mucha frecuencia la tristeza e incluso la depresión. Este estado emocional produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta a la hora de readaptarse a las distintas facetas de la vida cotidiana (Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés, 2018) alterando a su vez el compendio de comportamientos ocupacionales (roles), el seguimiento del libreto de cada rol, su interiorización y la canalización de las acciones individuales correspondientes a la conducta ocupacional asociada con diversos sistemas sociales (Millares, Valverde, & Garlito, Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental, 2011).

Hay que mencionar además que cerca de 7-8% de la población sufren de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en algún momento de sus vidas, así mismo cerca de 5.2 millones de adultos sufren de este trastorno al año. Esta cantidad de personas es sólo una pequeña parte de aquellas que han pasado por un trauma, las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar trastorno de estrés posttraumático. Alrededor del 10% de las mujeres desarrollan trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en algún momento de sus vidas en comparación con el 5% de los hombres (Geosalud, 2018).

En Colombia hay una prevalencia de trastornos por estrés posttraumático de 0.8% en hombre y de 2.5% en mujeres iniciando el trastorno a la edad de 24 años. En población desplazada prevalencia del 21%. El indicador positivo de riesgo de TEPT es del 3,3% para las personas de 18 a 44 años y de 3,1% para las de 45 años en adelante, según el estudio de salud mental en 2003.

La mitad de las personas expuestas al conflicto armado describen este tipo de trauma siendo para los mismos grupos etarios del 45,9% y del 51,2% (Gómez, Gómez, & Posada, 2003 citado por (Pérez, 2014).

El estudio de Salud Mental en Adolescentes menciona que la prevalencia de estrés postraumático en la vida fue del 1,4%; en los últimos 12 meses, de 0,8%, siendo más frecuente en mujeres, en ambos casos, y del 0,1% en los últimos 30 días, siendo más frecuente en hombres.

También presentan un mayor nivel de riesgo las personas abusadas sexualmente con mayor riesgo, personas desvinculadas riesgo moderado y bajo riesgo personas en situación de orfandad.

Según el registro único de víctimas en Colombia (RUV) en agosto de 2018 a nivel nacional hay 8.731.105 víctimas registradas, en Norte de Santander 343.474 y 7.334 víctimas de despojo forzado de tierras a nivel nacional, para el año 2016 Con corte al 1 de marzo de 2016 existen 1.615 personas incluidas en el Registro Único de Víctimas – RUV, en el municipio

La subdirección Red Nacional de Información en su estrategia integral de caracterización de Norte de Santander- Pamplona, establece que para el año 2015 existía un total de 225 hogares encuestados y 958 personas caracterizadas como víctimas del conflicto armado.

Acorde con los datos anteriormente mencionados se puede evidenciar que el trastorno por estrés postraumático presenta altas cifras de prevalencia en la población mundial y nacional, y que debido al elemento fijador, muestra mayor incidencia después de un hecho violento, elemento que se ha presentado continuamente en Colombia a causa del conflicto armado que aparte de sus huellas sociales, emocionales, psicológicas, mentales, también presenta ocupacionalmente limitaciones en la participación, sentido de identidad de los roles, desvinculándolos de la identificación, internalización y guion de los mismos, lo que conlleva consecutiva y paulatinamente al abandono de roles productivos, escolares, vocacionales, familiares o sociales debido a que son estos los que intervienen en los requisitos del ambiente

social y las contribuciones del individuo, además, Heard (1977) de las “expectativas conductuales que acompañan a la posición o al estado de ocupación de una persona en un sistema social que sirven como medio primario a través del cual los individuos expresan el comportamiento ocupacional” (Barret & Kielhofner, 2003, pág. 211), asimismo experimentan pérdida del sentido de vida, motivación y espiritualidad abandonarse en sí mismo sin poder superar las secuelas del trauma dificultando la carrera ocupacional.

No obstante las cifras presentadas por el registro único de víctimas y la red nacional de información detallan un aumento significativo de víctimas, lo que permite encaminar la investigación, documentación y estrategias de intervención en la población, respondiendo a las necesidades ocupacionales, siendo útiles como referencia para contribuir al diagnóstico comunitario realizado desde la terapia ocupacional teniendo en cuenta también las condiciones sociales y políticas de los individuos.

Es por esto, que todos los aspectos mencionados hacen necesaria la intervención de Terapia Ocupacional contribuyendo a favorecer el desempeño ocupacional a través del restablecimiento de roles ocupacionales de la población víctima del conflicto armado que presenta factores de riesgo predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático direccionando su desempeño hacia la justicia ocupacional acorde a las necesidades de cada persona considerando, que son los roles, los que organizan la conducta ocupacional en la modalidad y estilo de interacciones con los demás y la estructuración de ciclos diarios y semanales (Martín, 2010, pág. 113).

De igual forma y junto a la comunidad, el terapeuta debe realizar una identificación de las necesidades sociales, físicas, emocionales, de salud, educacional y ocupacional de los miembros de la comunidad promoviendo el buen funcionamiento de esta. Además el profesional también

debe asumir el rol de coordinador de los programas comunitarios, siendo estos los planes de acción, asumiéndolos de forma responsables en el diseño, desarrollo evaluación, y supervisión, utilizando el análisis de debilidades, amenazas, y oportunidades reconociendo la comunidad como participante central, favoreciendo el respeto por los derechos ocupacionales de la población, aportando transversalmente hacia la transformación social generando un impacto positivo en el contexto nacional desde la disciplina.

Pregunta de investigación

¿Cómo influyen los factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés post traumático en la ejecución de roles ocupacionales de población víctima del conflicto armado en Norte de Santander?

Justificación

Colombia se encuentra en el actual proceso de paz según el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera (2016), el cual traza como uno de sus objetivos la rehabilitación integral de las personas que han sido directamente afectadas, sin embargo también busca la participación de profesionales que contribuyan a la rehabilitación de la comunidad (Congreso de la Republica, 2011).

Uno de los profesionales que con su formación holística y humanista preparado para formar parte del equipo interdisciplinar es el terapeuta ocupacional, que desde la normativa 949 de 2005 se plantea el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades que presenten disfunciones en niveles sociales y mentales llegando al tratamiento y rehabilitación

en las limitaciones del desempeño utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio, mediante la identificación, análisis, evaluación e interpretación, interviniendo positivamente sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos y grupos poblacionales de todas las edades en sus aspectos funcionales, de riesgo y disfuncionales, lo cual reafirma el papel del terapeuta ocupacional en población víctima del conflicto armado, basado en un enfoque de rehabilitación integral, incluyendo aspectos subjetivos y objetivos del desempeño, constituido como un proceso terapéutico, educativo, y social, que busca el mejoramiento de la calidad de vida , plena integración de la persona al medio familiar, social y ocupacional, a través del desarrollo de habilidades, ocupacionales y sociales, favoreciendo la adaptación ocupacional dirigido a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Para la presente investigación está determinada como las personas desplazadas forzadamente, víctimas del trato cruel , deshumanizado y degradante, abusadas sexualmente, secuestrados y niños reclutados ilícitamente, debido a que presentan un alto factor de riesgo al vivenciar o presenciar circunstancia de detrimento , con la predisposición de sufrir de alguna alteración mental, como lo es el trastorno postraumático, que por su presencia afecta la carrera ocupacional ,la cual es guiada por los roles laborales, educativos y sociales, por consiguiente el individuo debe enfrentar los desafíos de negociar entre sus expectativas internas y las expectativas del medio ambiente físico y social (De las Heras, 2015) limitando la conducta ocupacional, el patrón de participación , la identificación e internalización de los roles, afectando el desempeño ocupacional; ante esto el terapeuta ocupacional debe iniciar un proceso que le permita al individuo la exploración, aprendizaje y practica hasta lograr la internalización de roles significativos a través de la participación en pasos o tareas de un proyecto ocupacional, facilitando el progresivo acercamiento

del desempeño de rol específico, el sentido temporal de continuidad en el hacer, el autoconocimiento de habilidades y por ende el sentido de capacidad ocupacional y desempeño ocupacional (De las Heras, 2015, pág. 141).

Teniendo en cuenta lo mencionado la disciplina tiene implicaciones prácticas dentro del contexto de la investigación en rehabilitación psicosocial, entendiéndola según Rodríguez (1997), como “cuya meta global es ayudar a las personas con disfuncionalidad social a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Gonzalez, 2002, págs. 455-464).

Uniendo este concepto al modelo de la ocupación humana para entender a una persona que ha experimentado una situación traumática a la definición de rehabilitación psicosocial estaría dada de la siguiente forma: proceso de cambio de una disfunción ocupacional a lo largo de la vida de la persona afectada de trastorno mental hacia el desempeño ocupacional dentro de su entorno comunitario, en una cultura predeterminada (Mazorra, 2004, pág. párrafo 8). Lo que nos permitiría entender la participación ocupacional de las víctimas ante las exigencias del entorno, su desempeño ocupacional, en las diferentes áreas, patrones de desempeño, características de la población y las destrezas que necesita cada persona para cumplir con el proceso de adaptación ocupacional basado en la ejecución de los roles ocupacionales acordes a su ciclo vital.

Dada la complejidad del conflicto colombiano y la necesidad de aportar soluciones que respondan al mismo desde diferentes áreas y basada en los aportes de Wilcock (1998) la Terapia Ocupacional debe expandir sus funciones profesionales para incluir la promoción de la salud y el bienestar de todas las personas, en especial de aquellos que viven en severas condiciones sociales y políticas, sin seguir ignorando la dimensión sociopolítica de la ocupación humana.

Autores como Frank Kronenberg, Salvador Simo, Elizabeth Townsend, Gail Whiteford señalan la importancia del Terapeuta Ocupacional en escenarios de conflicto y violencia (Galheio, 2007, pág. 94) ,sin embargo es escasa la documentación que guie la intervención del profesional, por consiguiente la relevancia de esta investigación radica en la exploración de un tema trascendental como la determinación de la influencia de los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático en los roles ocupacionales, que desde la perspectiva ocupacional contribuya al desarrollo del país como gestores sociales, dada la complejidad del conflicto colombiano y la necesidad de aportar soluciones que respondan al mismo, de igual manera se abre una ventana de intervención para una población vulnerada que ha perdido la identidad e internalización de sus roles, promoviendo la calidad de vida de la persona en las diferentes áreas ocupacionales, fortaleciendo la conceptualización en herramientas propias del área que fundamenten la ejecución de la práctica profesional.

Es por esto que en los aportes sociales de la investigación el terapeuta ocupacional debe pronunciarse como garante de derechos humanos y agente de transformación social, fortaleciendo vínculos familiares y comunitarios mediando en la búsqueda de respuestas adaptadas a las exigencias del entorno en la población en riesgo de disfuncionalidad en roles ocupacionales, basándose en una terapia ocupacional holística, comprendiendo que el ser humano es un ser físico, psicológico y sociopolítico, cuya esencia es espiritual, inmerso en un medio cultural y ecológico (Burgman & Simo, 2006); Motivo por el cual el presente proyecto contribuye a la disciplina desde nuevas experiencias para evaluar, documentar e intervenir expandiendo las estrategias de intervención desde una terapia ocupacional social, fundamentando desde la evidencia el valor e impacto que presenta la disciplina para mitigar las necesidades ocupacionales de la población, de igual manera representa un antecedente para futuras investigaciones.

Así mismo abarcar nuevas poblaciones con necesidades reales contribuye no solo al mejoramiento de la calidad de vida de las personas desde el desempeño ocupacional sino también al campo de inclusión social, proponiendo herramientas de trabajo innovadoras para la práctica de terapia ocupacional ante una realidad violenta vivenciada por los colombianos y Norte santandereanos a la cual los terapeutas ocupacionales no pueden ser indiferentes.

Consecuentemente contribuir a la rehabilitación integral de las personas víctimas del conflicto no solo es un aporte que se debe realizar desde los profesionales de las diferentes áreas, por el contrario la academia es quien debe propiciar el sentido humano, investigador y de cambio social en los estudiantes desde el debate el dialogo y la construcción critica, para que los futuros profesionales participen desde su proceso de aprendizaje a nuevos campos de acción e intervención, por este motivo la investigación pretende evidenciar los hallazgos desde un artículo investigativo como precedente, para su posterior publicación, direccionando acciones para la promoción de una cultura de paz y convivencia en el país, desde el equilibrio entre el bienestar físico, mental y social logrado a través de la ocupación significativa con valor para la persona y la sociedad (Wilcock, 1998) , resaltando que desde la facultad de salud y del programa terapia ocupacional es uno de los primeros temas investigativos relacionados con víctimas del conflicto armado, lo cual configura la investigación como novedosa con aportes y beneficios para la población y la documentación de la intervención de y para la terapia ocupacional.

Objetivos

Objetivo general.

Determinar la influencia en los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático y la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander.

Objetivos específicos.

Caracterizar la población víctima del conflicto armado en norte de Santander a través de la ficha sociodemográfica facilitando la identificación de la población objeto de estudio.

Evaluar la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto mediante el listado de roles.

Identificar los factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés posttraumático a través de la entrevista histórica del desempeño ocupacional (OPHI II).

Analizar e interpretar la información mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) y triangulación de datos.

Establecer la influencia en factores predisponentes de la aparición de trastorno por estrés posttraumático y la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander a través del análisis de contenido y discusión de resultados.

Capítulo II

Marco de referencia

En el siguiente apartado se hará referencia a la fundamentación teórica de la investigación donde se explicaran las variables independiente (trastorno por estrés posttraumático) variable dependiente (roles ocupacionales) y variable ajena (población víctima del conflicto) aportando a la investigación coordinación y coherencia desde un marco histórico en cuanto antecedentes internacionales, nacionales, regionales y locales , marco legal y ético con legislación vigente que permiten la intervención en los campos de estudio que plantea la investigación, así mismo se describen las variables y la intervención que realiza el profesional desde la terapia ocupacional aportando al campo investigativo desde la ciencia ocupacional.

Antecedentes investigativos

Antecedentes internacionales.

Castro S. Maravillas. (2011). “**Estrés posttraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género**”. España. Los/as menores que forman parte de este trabajo han sufrido maltrato intrafamiliar crónico, considerado como un Trauma Complejo. La NCTS (2003) apunta que las personas que se exponen a este tipo de trauma sufren experiencias de múltiples eventos traumáticos que se producen dentro de su sistema de cuidado (fuente de seguridad y estabilidad). Es decir, estos niños y niñas son tratados

mal precisamente en su familia, quien es la encargada de protegerles y darles afecto (UNICEF, 2009).

El Trauma Complejo suele estar relacionado con sucesos simultáneos o secuenciales ocurridos en los malos tratos (abuso emocional y negligencia, abuso sexual, abuso físico y testigos de la violencia doméstica) que suelen ser crónicos y empezar en la infancia (NCTS, 2003).

Está demostrado que tienen mayor probabilidad de sufrir TEPT aquellas personas que han estado más expuestas a traumas previos (Jones et al., 2001; NCTS, 2004; Scott, 2007). Además, también tienen más posibilidades quienes estén expuestos a hechos traumáticos: infringidos por otro ser humano (Ehlers et al., 2009; Kessler et al., 1995; Norris et al., 2002), por familiares directos o personas en las que se confía (Green et al., 2000; Kilpatrick et al., 1997; Larizgoitia, 2006), los que son repetidos y reiterativos (Lehmann, 1997; Rossman, 2000) y por los que se ha recibido presión al silencio.

En este sentido, los/as menores que sufren maltrato familiar cumplen todas estas características, por lo que son población de alto riesgo para padecer Estrés Posttraumático. Además, al ser un evento crónico, el/la menor será más vulnerable con cada incidente y puede ser asociado a psicopatología adicional (Terr, 1991; Thabet y Vostanis, 2000; Tremblay et al., 2000; Wolfe, 1999). En relación al TEPT en el manual diagnóstico de la APA, existe debate sobre la adecuación a la infancia del criterio A (evento traumático) en el DSM-IV-TR. A pesar de que en la última versión del manual se ha ampliado el concepto de acontecimiento traumático, todavía existen limitaciones al respecto.

Por ejemplo, encontramos que en determinadas poblaciones, como los/as menores que sufren violencia intrafamiliar, presentan características únicas, algunas de las cuales cambian

asunciones sobre la conceptualización y el diagnóstico de TEPT. En estos casos el evento es de naturaleza crónica, por lo que puede no haber un estado pre-trauma identificable del funcionamiento del/la menor, puede no haber un evento traumático específico que destaque, y los episodios de violencia pueden no suponer una amenaza para su vida. En los criterios diagnósticos propuestos para el futuro DSM-V se especifica en su criterio A que el acontecimiento traumático puede ser uno o varios, dando cabida a los eventos crónicos, y se elimina el criterio A2, de reacción ante el evento, porque según los expertos no aporta nada al diagnóstico TEPT.

La tesis en mención es de relevancia para la investigación debido a que conceptualiza el estrés postraumático según clasificaciones oficiales y la asociación americana de psiquiatría, DSM I,II,III Y IV, organización mundial de la salud , proporciona información acerca de teorías del estrés, cuales son los tipos de estresores, caracteriza los tipos de eventos traumáticos, así mismo explica mediante modelos neurobiológicos y psicológicos el trastorno por estrés postraumático proporcionándole al terapeuta ocupacional una perspectiva amplia sobre este variable, conociendo sus causas, a su vez, mediante los resultados también permite comprobar que la traumatización temprana o en la infancia si representan un factor de vulnerabilidad pre trauma para la adquisición de TEPT, reafirmando esta subcategoría (experiencias negativas parentales y traumatización temprana) como agente causal del trastorno mental.

Rivera C. Sandra (2009). “**Depresión y trastorno de estrés postraumático en niñas (os) abusadas (os) sexualmente**”. México. Al igual que Kaplow; Dodge; Amaya-Jackson (2005) y Finkelhor (1993), encontramos síntomas del trastorno de estrés postraumático en el 58% los

niños abusados sexualmente, por dicha razón creo que es de suma importancia profundizar en la investigación.

Un aspecto que podemos destacar es que el 75% de las víctimas evitan hablar sobre el abuso vivido y de ellos, el 70% presentaron síntomas del trastorno de estrés postraumático. Al igual sucede con el 69% en donde los cuidadores refieren que la víctima se veía temerosa de lo que recordaba, ya que en el 70% de ellas se presentaron síntomas del trastorno de estrés postraumático.

El estudio presenta importancia debido al análisis de los síntomas de estrés postraumático en niños y niñas abusados sexualmente permite la identificación o la perfilación de esta población como parte de la variable ajena (víctima del conflicto, así mismo brinda información sobre instrumentos aplicados a la población como la Sub escala de Estrés Postraumático del P56, Entrevista Para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHIP's), lo que permite un acercamiento a la identificación de la población con presencia del trastorno que en su infancia vivieron algún tipo de abuso a sus derechos a causa del evento traumático, facilitando también la identificación de síntomas emergentes como factor pos trauma en la aparición de TEPT.

Antecedentes nacionales.

Baldovino Marta. (2014). **“Prevalencia de estrés postraumático y trastorno antisocial de la personalidad en la población desmovilizada de las guerrillas colombianas en Bogotá, D.C”**. Bogotá, Colombia. Las consecuencias de la guerra en la población civil y en los combatientes han sido de gran preocupación desde la primera guerra mundial; uno de los principales efectos es el TEPT, y el posterior deterioro funcional de víctimas y excombatientes,

lo cual también ha sido experimentado por los desmovilizados de las guerrillas colombianas tras más de 55 años de conflicto irregular.

Se observó una prevalencia de TEPT del 49% a 69%, en los desmovilizados de las guerrillas colombianas, resultados tan significativo como los encontrados en otras poblaciones igualmente afectada por conflictos armados (De Jong, et al., 2001; Pham, Weinstein & Longman, 2004), lo que permite confirmar que la guerra sigue siendo uno de los eventos estresantes más característicos para el desarrollo del TEPT.

Estos resultados fueron más significativos en los sujetos que tienen menos tiempo de haberse desmovilizado del grupo guerrillero, a diferencia de los sujetos con mayor tiempo de desmovilización, corroborando la aparición de síntomas de TEPT subliminal a menor tiempo de haber experimentado el evento traumático (teatro de guerra). Además los evaluados manifestaron que continúan en constante amenaza tras su desmovilización, al volverse objetivo militar de la guerrilla por traición, lo cual puede estar manteniendo los síntomas del TEPT.

Estos síntomas se prevé que tienden a disminuir con el tiempo, excepto por los casos que se vuelven crónicos según hallazgos de investigaciones sobre el tema (Echeburúa, Corral & Amor, 1998; Cukor, Wyka, Jayasinghe & Difede, 2010); por tanto una recomendación es la de realizar investigaciones sobre la permanencia de los síntomas del TEPT en el tiempo en desmovilizados, para determinar el porcentaje de casos que se vuelven crónicos en relación con aquellos cuyos síntomas desaparecen con el tiempo, y la capacidad de resiliencia de la población de desmovilizados de las guerrillas colombiana (Sadlier,1997).

Algunos estudios con veteranos, y encuestas de salud mental con población en general, hablan de diferencias en la prevalencia de TEPT entre etnias, en estos mismos estudios se ha concluido que dichas diferencias se deben más a la gravedad del evento traumático o teatro de

guerra, e inclusive a variables pre-trauma como la edad o historial de trastornos mentales, que a diferencias étnicas reales (Kulka, et al., 1990; Kesler, et al., 1995; Creamer, et al., 2001; Galea, et al., 2002; Koener, Stellman, Stellman, & Sommer 2003; Tanielian & Jaycox, 2008, Dohrenwend, Turner, Turse, Lewis-Fernández, & Yager, 2008; Clark & Beck, 2010). Por lo tanto, los resultados que muestran asociación entre el TEPT y el lugar de nacimiento de los desmovilizados (como Caquetá), también podrían deberse a factores de vulnerabilidad diferentes a esta variable socio demográfica, teniendo en cuenta que el número de desmovilizados de cada región de Colombia es poco significativa estadísticamente (de 1 a 5 personas por departamento, siendo la mayor cantidad de desmovilizados específicamente de Caquetá).

Continuando con la relación entre las variables género y TEPT, se concluye que el género femenino en el teatro de guerra, experimenta mayor sintomatología de TEPT, con alteración del estado de ánimo y experimentación de miedo.

Igualmente los resultados muestran mayor vulnerabilidad pre-trauma del género femenino en relación con el masculino, lo cual puede deberse a otros eventos traumáticos sufridos dentro del grupo guerrillero como violaciones y abuso sexual, práctica de abortos bajo situaciones de alto riesgo médico y en contra de su voluntad, muerte de compañeros sentimentales, separación de los hijos, que asociado al maltrato familiar y violaciones sufridas previamente al reclutamiento del grupo guerrillero (según relatos de las evaluadas), aumentan la prevalencia de los síntomas del trastorno, convirtiéndose estos eventos en situaciones más estresantes para el desarrollo del TEPT que el mismo teatro de guerra (Summerfield y Toser; Galea, et al., 2002; Silver, et al., 2002; Galea, et al., 2007; Jeon, et al., 2007).

Es recomendable realizar investigaciones que detallen el nivel de relevancia del evento traumático de la guerra en relación con los continuos eventos traumáticos de convivencia dentro el grupo guerrillero y eventos pre trauma, determinantes en el desarrollo del TEPT.

La tesis en mención es de relevancia debido a que involucra la teoría cognitivo conductual en relación al trastorno por estrés postraumático, la prevalencia del TEPT, la guerra como evento traumático, vulnerabilidad y desarrollo del TEPT, deterioro funcional del individuo y el tratamiento que se les dio a los individuos mediante la exposición cognitiva a imágenes relacionadas con el trauma y modificación y control del comportamiento mal adaptativo, lo cual a partir desde la visión de terapia ocupacional es útil para la escogencia de técnicas de intervención basadas en el trastorno por estrés postraumático, así mismo destaca información sobre los factores de vulnerabilidad pre trauma como el género, antecedentes de enfermedad mental condiciones socioeconómicas, magnitud del estresor debido al hecho victimizante, lo que permite generar las subcategorías para la categorización selectiva en la codificación axial.

Ferreira L. Patricia, García Nini, Yáñez A, Luisa. (2006). **“Características de personalidad de un grupo de militares con trastorno por estrés postraumático”**. Colombia, Bogotá. Se puede concluir que las características de personalidad con mayor tendencia a presentar indicadores clínicos, en los militares con TEPT, están representadas por las escalas de depresión, hipocondría y esquizofrenia.

Así mismo, se observó que los sujetos con mayor tendencia a presentar indicadores clínicos en el Minimult, están solteros o separados, son de grados Soldados Profesionales y Cabos Segundos, a su vez llevan menor tiempo de servicio y están asignados a una compañía dentro del BASAN.

Teniendo como base estos resultados, es imprescindible incorporar programas de promoción y prevención en el manejo del trastorno por estrés postraumático, a la población anteriormente

descrita puesto que se observa comorbilidad con otros trastornos; circunstancia que puede incrementar situaciones de inadaptación personal, social y laboral del militar. Para lograr decrementar la incidencia del TEPT es recomendable diseñar programas dirigidos hacia el entrenamiento de técnicas como solución de problemas, asertividad, autocontrol, biofeedback, habilidades sociales, entre otros.

Dentro de los procedimientos que han demostrado mayor eficacia, y que se pueden aplicar a los militares que desarrollaron TEPT, se encuentran el enfoque psicoeducativo, implica proporcionar al paciente y a su familia información básica sobre el trastorno, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

Se tiene en cuenta la tesis mencionada como antecedente de la investigación debido a que involucra a militares como una parte de la población objeto de estudio, los cuales han sido víctimas directas del conflicto en Colombia considerando la situación como factor en magnitud del estresor , aportando a su vez información acerca de los rasgos de personalidad encontrados en los individuos que presentan trastorno por estrés postraumático como factor de vulnerabilidad pre trauma , así mismo aporta fundamentación teórica acerca de facilitadores para la aparición del trastorno por estrés postraumático, aspectos cognoscitivos, distorsiones cognitivas, estructuras cerebrales implicadas, por otro lado teorías que explican el trastorno como la de aprendizaje, procesamiento emocional, indefensión aprendida, y de evaluación cognitiva lo que le permiten al terapeuta ocupacional un sustento teórico para comprender las causas del TEPT y así partir desde los paradigmas de la terapia ocupacional para la intervención.

López A, Polo V. (2002). **“Estudio descriptivo sobre las alteraciones psicológicas en un grupo víctima del desplazamiento forzoso en la ciudad de Bogotá”**. Chía, Colombia. Con base en el trabajo realizado, en los resultados obtenidos, en la revisión de la literatura y en la experiencia adquirida se plantean las siguientes conclusiones:

El hecho de haberse encontrado una prevalencia tan baja de las alteraciones psicológicas medidas durante este estudio hace pensar que los desplazados presentan otras cualidades psicológicas, como por ejemplo habilidades de afrontamiento, que les permiten adaptarse de manera adecuada a las exigencias del medio y que merecen ser estudiadas.

Los profesionales de la salud se han preocupado por desarrollar programas encaminados a solucionar los problemas de los desplazados colombianos desde la teoría y no desde la realidad de nuestro contexto. Lo anterior, hace necesario realizar estudios que evidencien la verdadera problemática de esta población.

Finalmente, cualquier intervención en este campo debe incluir una visión integral del individuo, su relación con el mundo que lo rodea y la manera como esta relación influye en las condiciones físicas y psicológicas del desplazado. En consecuencia, se hace necesaria una intervención individual, así como una intervención grupal. Se debe trabajar no sólo con aquellos sujetos con problemas psicológicos sino, y quizás más importante, con aquellos sujetos que aún no presentan ningún tipo de manifestación. Es decir, los objetivos de una intervención deben ser tanto la promoción y el mantenimiento de la salud, como la prevención y tratamiento de la enfermedad, y en ese orden de ideas se le debe dar prioridad al constructo multidimensional de calidad de vida.

La presente tesis es de importancia para la investigación puesto que presenta un análisis descriptivo de rasgos psicológicos de personas que han sido víctimas del conflicto por el desplazamiento forzado, los cuales son significativos y se pueden asociar al trastorno por estrés posttraumático mediante los factores pos trauma por la presencia o no de las habilidades de afrontamiento, indicando también criterios diagnósticos para la población de estudio del presente permitiéndole al profesional comprender el fenómeno del TEPT, así mismo se ponen en mención las posibles habilidades de afrontamiento que posibilitan la adaptación de las personas ante el hecho traumático y por último desde la terapia ocupacional permite evidenciar que el profesional del área socio sanitaria desde su intervención debe actuar respecto a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, entendiendo esta desde cualquier causa sea social, mental, emocional y al tratamiento de la temática o problemática ocupacional.

Antecedentes investigativos regionales.

Gómez Isabel. (2013). **“Reintegración social de menores desvinculados del conflicto interno armado en Bucaramanga y su área metropolitana”**. Bucaramanga, Colombia. Las condiciones de pobreza son la causa de la participación de menores en el conflicto armado colombiano, toda vez que esta situación comprende falta de oportunidades educativas y laborales para el menor y su familia, por lo que la unidad familiar no aporta las bases en cuanto a la formación en valores, al contrario la disfuncionalidad en la que se encuentran debido a los problemas económicos y al querer subsistir de cualquier manera, alientan al menor a ingresar a los actores ilegales del conflicto con la falsa idea de poder tener un sustento con el cual podrán dejar de vivir bajo situación de necesidad.

El nivel de aceptación del programa por parte de los jóvenes y el no retorno de estos a la vida en la guerra se podría mejorar notablemente si se realizara una modificación a la política pública que determina el creación del programa de restablecimiento de derechos, esta modificación radica en el tiempo duración del programa, toda vez que la estadía del desvinculado en el programa tiene un tiempo límite de 1 a 2 años o al momento en que el menor cumpla la mayoría de edad, esta duración del programa no toma en cuenta la dificultad que representa la implementación de medidas especiales de restablecimiento de derechos a estos menores que se encuentran en la adolescencia ya que ésta es una etapa de rebeldía, confusión mental y psicológica.

Esta tesis de grado realiza un aporte teórico a la presente investigación respecto a los antecedentes internacionales acerca de legislación sobre desvinculación y reintegración social de menores del conflicto interno armado, así mismo resalta la atención integral a una clasificación de la población víctima del conflicto como lo son los menores de edad como población vulnerada de derechos, a su vez menciona los procesos de reparación integral en los cuales incluye al terapeuta ocupacional como miembro activo del proceso y del restablecimiento de los derechos, constatando también que el terapeuta ocupacional presenta un papel protagónico desde la perspectiva social y política, basado en la rama legislativa que guía el actuar del terapeuta ocupacional.

Ortiz Navarro A, Chogo Romero M. (2012) “**Derecho constitucional a la paz para la población víctima del desplazamiento forzado en el municipio de Teorama, norte de Santander**”. Teorama, norte de Santander, Colombia. El trabajo de investigación modalidad

monografía en busca de determinar el derecho constitucional a la Paz para la población víctima del desplazamiento forzado en el municipio de Teorama, Norte de Santander, concluye respecto al conocimiento sobre este derecho que: las víctimas están desinformadas o no han sido educadas lo suficiente para poder exigir al Estado el cumplimiento de sus deberes con los ciudadanos, sin embargo a pesar del bajo conocimiento, en medio de sus padecimientos aseguran que contrario a lo que estipula la constitución y la Corte Constitucional consideran la paz un derecho fundamental para ellos y sus familias.

Como segundo objetivo se planteó la identificación de las problemática de la población para alcanzar el derecho a la paz. Pues bien en medio de este conflicto, se concluye que las víctimas del desplazamiento forzado tienen muy claro cuáles son los factores y las instituciones que no permiten que la paz sea una realidad. Recae esta responsabilidad sobre el Estado, en lo que compete a disminuir las acciones de los demás grupos al margen de la ley que trae consigo como resultado hechos victimizantes como: la tortura, el homicidio, el secuestro entre otros, porque son estos los principales vulneradores de sus derechos y hacen que la paz sea en gran medida lejana y poco probable.

La anterior investigación realiza un aporte teórico a la investigación acerca de los conceptos de víctimas, violencia, derechos humanos, conflicto armado, desplazamiento forzado, así mismo identifica las principales problemáticas de la población víctima del desplazamiento forzado que impiden la rehabilitación integral de los individuos dando aportes a la intervención desde Terapia Ocupacional, de igual forma genera en el profesional el razonamiento hacia el trabajo por los derechos ocupacionales y la identificación del individuo como un sujeto social y político activo dentro de la comunidad.

Ochoa Enrique. (2009). **“Estrés postraumático y abuso sexual infantil: factores asociados en víctimas que asisten al instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, Bucaramanga 2007-2009”**. Bucaramanga, Colombia. Los resultados de este estudio sugieren que la metodología utilizada por el victimario para persuadir u obligar a la víctima tiene una asociación más fuerte con la presencia de TEPT que las características del acto sexual abusivo como tal. Las estrategias de coerción violentas mostraron asociación a favor de la presencia de este trastorno, mientras que las estrategias de coerción no violenta se asociaron con una menor presencia del mismo. Adicionalmente, se encontró que la coexistencia de violencia psicológica y física produce una interacción protectora.

El estar asistiendo a clases también mostró ser un factor asociado a menor razón de oportunidad de presentación del TEPT.

La asociación entre la severidad del abuso y los síntomas de TEPT es aún débil e inconsistente; los hallazgos de este estudio no revelan una asociación evidente ni estadísticamente significativa a favor de este desenlace.

No se encontró asociación entre la relación de parentesco agresor-víctima y el TEPT. Tampoco se encontró asociación para otros factores sociodemográficos al ajustar por las demás variables, sin embargo se encontró evidencia sugestiva de que la edad y la escolaridad se relacionan positivamente con el diagnóstico de TEPT.

La importancia de esta tesis radica en fundamentación estadística acerca de la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en la población en general, en niños y adolescentes, así mismo brinda información acerca de cuáles son los factores de riesgo para TEPT, evaluaciones

diagnosticas del TEPT en niños y adolescentes, lo que permite fundamentar la presente investigación sobre cifras de fuentes secundarias que establezcan las necesidades de intervención debido al aumento o la cantidad significativa de la población permitiendo identificar que debido a la representación en un alto grado de prevalencia del TEPT por su sintomatología es necesario generar respuestas que representen impacto a nivel social con un alto grado de significancia para una población que está en aumento.

Antecedentes locales.

Sequeral Gina. (2016). **“Roles ocupacionales ejecutados por trabajadoras sexuales y su relación con el comportamiento ocupacional”**. Pamplona, Colombia. Se pudo establecer que dentro de los roles ocupacionales ejecutados por las trabajadoras sexuales, un 50% de los indagados en el listado de roles, no son asumidos por las trabajadoras sexuales. Lo cual en concordancia con el modelo de la ocupación humana, es un aspecto que influye directamente en el desempeño ocupacional funcional de la persona, donde a menor número de roles ocupacionales ejecutados, menores posibilidades de adquirir experiencias y de poder participar en entornos estimulantes que contribuyan a la estructuración del comportamiento ocupacional significativo. Así mismo, unos de los roles de mayor ejecución y mayor valor asignado son aquellos relacionados con los roles familiares.

A nivel del rol laboral, se puede establecer que es un rol generador de insatisfacción, que obtuvo una designación del valor como “algo valioso” que se proyecta a futuro. A través del instrumento de evaluación OPHI II se logró descubrir historias de vida, en la que las constantes de influencia a nivel volitivo y habitacional se vieron afectadas por eventos críticos dentro del pasado, donde condiciones de pobreza, dinámicas de calle, abuso sexual y abandono de roles,

desencadenó una insatisfacción y un bajo sentido de eficacia dentro de su participación ocupacional en roles y hábitos.

Así mismo dentro de su comportamiento ocupacional actual se visualiza una doble identidad “una doble vida” y una exclusión de roles familiares y sociales, dado al rol productivo, donde éste genera una modificación drástica en la interiorización, guiones y socialización de roles, puesto que son mutuamente excluyentes, alterando de esta forma la elección ocupacional, la estructuración de hábitos y rutinas, la ejecución de roles y el trabajo hacia metas, cuyo último aspecto es uno de los de mayor falencia, pues son mujeres que no identifican un estilo de vida ocupacional deseado, no esperan éxito y no reconocen habilidades. A futuro son bajas las expectativas de superación, en tanto que un 90% de la población a corto y mediano plazo proyectan mantener el estilo de vida que llevan a la actualidad.

Dentro de las actividades ejecutadas se identificaron personalidades hostiles, poco adaptadas, con un bajo nivel de identidad dentro del rol, que hace que su participación en éste sea vista sin objetividad. Se resalta en la población la gran aceptación de las estrategias planteadas, donde se involucran como una forma de salir de la monotonía y de aprovechar el tiempo, mientras ejercen su rol productivo. Se cumplió con el objetivo del plan de acción “viviendo roles, ocupando entornos”, puesto que se favoreció en gran medida y se creó conciencia dentro de las trabajadoras sexuales en cuanto a la forma de integrarse e interactuar en diferentes contextos, a partir del planteamiento de un proyecto de vida, la autoevaluación constante y la creencia en habilidades basados en una causalidad personal que les permitiera una mayor participación ocupacional desde nuevos roles (principalmente sociales) y desde los que ya ejecutan.

La tesis mencionada ha sido de gran importancia debido a que incluye la variable dependiente desde terapia ocupacional así mismo su revisión apporto al marco teórico en cuanto a roles ocupacionales como, roles internalizados , Identificación del rol, Guiones de roles, Influencia de los roles en la ocupación, Socialización y cambio de roles, consideraciones para la práctica de Terapia Ocupacional en el ámbito psicosocial y la ocupación como herramienta para intervención en las poblaciones, clarificando conceptos que permitan identificar la clara influencia sobre estos, debido a la presencia o vivencia de un hecho victimizante, comprendiendo el comportamiento ocupacional enfatizado en los roles laboral, social, educativo y familiar.

Caballero Yina. (2011). **“Roles sociales y habilidades de interacción en los adultos mayores de la fundación Casa del samaritano”**, Cúcuta, Colombia. La Investigación permitió dar respuesta al interrogante formulado y a los objetivos propuestos al inicio del estudio, nos muestra que los adultos mayores presentan disfuncionalidad en la ejecución adecuada de los roles sociales y habilidades de interacción, que deben fortalecerse mediante la intervención terapéutica favoreciendo la socialización.

Se detectó el grado de disfuncionalidad en la conducta social, desempeño del rol, destrezas de interacción social y auto expresión adecuada de emociones, mediante la aplicación del instrumento de valoración de la función social del anciano.

La tesis investigativa “Roles sociales y habilidades de interacción en los adultos mayores de la fundación “casa del samaritano” aporta a la investigación en cuanto al marco teórico en la variable dependiente ,roles ocupacionales y las características concernientes a estos , así mismo ofrece el instrumento estandarizado de terapia ocupacional para la evaluación de roles el cual es

aplicable a la población objeto de estudio como lo es el listado de roles, determinando la manera de aplicación, y su fiabilidad, afirmando que su utilización proporciona resultados adecuados para la propuesta de investigación.

Sepúlveda Noema, Rojas Henry, Echaverria Margarita. (2006) **“Descripción de la intervención psicológica en el afrontamiento del estrés postraumático en militares activos del grupo de caballería mecanizado n 5 maza”**. Cúcuta, Colombia. La muestra de participantes, guardan rasgos si características similares, tales como: contexto familiar, relaciones sociales, nivel de escolaridad, ámbito laboral, relaciones afectivas, edad adulta temprana, las cuales inciden y agudizan el trastorno de estrés postraumático. Por cuanto ellas mismas se convierten en factores de amenaza para el participante.

El estudio de caso contribuyó a detectar que los seis participantes provienen de familias disfuncionales, padres mal tratantes, bajo nivel de satisfacción básica y de participantes, los cuales se convierten en otros factores psicosociales que motivan el ingreso al joven a la vida militar.

Los soldados profesionales de ven día a día enfrentados y condicionados a sanciones propias de la guerra como combates, enfrentamientos, pérdida de compañeros, mutilaciones, entre otros, los largos periodos de tiempo que el soldado profesional debe pasar en la selva, en el monte, los hace más vulnerables en la medida que se produce un desapego social, familiar, y afectivo, el soldado profesional ingresa a temprana edad (20 años), al rigor de la vida militar , sin tener un conocimiento a fondo de lo que le espera, es inexperto.

La revisión de la tesis “Descripción de la intervención psicológica en el afrontamiento del estrés postraumático en militares activos del grupo de caballería mecanizado n 5 maza” es de importancia para la presente investigación debido a que desde el contexto local representa un abordaje hacia la variable independiente(TEPT), presenta la fundamentación teórica de estrés postraumático y la intervención desde el enfoque cognitivo conductual y por exposición los que pueden ser adaptables a la intervención desde Terapia Ocupacional para la población estudiada, obteniendo grandes beneficios debido a los resultados que se plantean en el trabajo de grado, para conducir hacia una justicia ocupacional basada en el equilibrio de los roles ocupacionales de las víctimas del conflicto armado, también permite entender los síntomas por trastorno por estrés postraumático y su influencia en el desempeño de los roles ocupacionales y a su vez la presencia de factores de vulnerabilidad pretrauma y magnitud del estresor para la adquisición del TEPT.

Marco teórico



Figura 1. Marco teórico. Fuente: Sánchez, M., 2018

En este apartado se sustentara teóricamente el estudio denominado “Factores predisponentes en la aparición de trastorno por Estrés postraumático y su relación en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander” exponiendo definiciones de las variables independiente : factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático, dependiente: Roles ocupacionales y ajena, víctimas del conflicto armado de Norte de Santander, de igual forma se realizará un explicación acerca del abordaje, teorías, modelos y paradigmas desde la Terapia ocupacional que permitan la fundamentación de la investigación desde el área propuesta para el correcto encuadre del estudio.

Factores de riesgo en la aparición de trastorno por estrés postraumático.

Se debe tener en cuenta que no todas las víctimas de acontecimientos traumáticos presentan estrés postraumático ni tampoco la intensidad es la misma. Belloch (1995) afirma que “la reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables de la intensidad del trauma, circunstancias del suceso, edad, de recursos psicológicos propios, autoestima, apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales.”

Según Shalev (1996) resume el resultado de diferentes estudios e identifica numerosos factores para el trastorno por estrés postraumático, los cuales ha distribuido en tres categorías:

Vulnerabilidad pre trauma: Historia familiar de desórdenes mentales, genero, factores parentales, traumatizarían temprana.

Magnitud del estresor: Exposición al evento traumático, afrontamiento entre otros.

Factores pos trauma: Síntomas emergentes, apoyo social.

Influencia del sexo.

Se ha encontrado en diversas investigaciones que las mujeres son más vulnerables ante situaciones estresantes como las vividas después de un evento traumático, bien sea presentando comorbilidad con otros trastornos como ansiedad, depresión, pánico, entre otros, intensificando los síntomas presentes o dilatando la mejoría de las mismas después de la situación aversiva (Bensabat & Cols, 1984).

Shaigh y Bremner (1999) mencionan tres perspectivas por medio de las cuales se puede entender con mayor profundidad las diferencias en cuanto al sexo:

Perspectiva biológica: hace referencia a que el hipocampo en las mujeres es más vulnerable, el sistema límbico responde de manera aumentada ante los estímulos sensoriales.

Perspectiva Feminista- Psicodinámica: Se hace alusión a que la autoestima de la mujer tiene que ver con las relaciones que establece y con el cuidado recíproco de estas, mientras que para el hombre aunque son importantes las relaciones tienen menor relevancia respecto al autoestima y vulnerabilidad.

Perspectiva social- cognitiva: Describe el género como una categoría social, donde la identidad de género se va formando en las personas por medio de los significados sociales de ser hombre o de ser mujer, describiendo a los hombres como activos instrumentales y agresivos y a las mujeres como pasivas dependientes y emocionales.

Influencia de la edad.

Bennett y Brooke (1999), encontraron que la edad se asociaba consistentemente de manera negativa con los síntomas, es decir a menor edad mayor síntomas de estrés posttraumático fueron encontrados, sin embargo Nader, Pynoos, Fairbanks, Fredereick, Al-Ajeel y Al-Asfour (1993) reportan que niños y jóvenes entre las edades de ocho a veintiún años tienen mayor probabilidad de presenciar TEPT en comparación con niños menores de ocho años. Otros autores como Bensabat y Cols afirman que la resistencia al estrés posttraumático depende de la capacidad de adaptación de diferentes agresiones sufridas.

Influencia del nivel socio económico.

Pocas son las investigaciones en relación al nivel socioeconómico, sin embargo existen estudios que relacionan el nivel socioeconómico con diversos aspectos que se consideran están relacionados con la probabilidad de desarrollar TEPT, Por lo que el bajo nivel socioeconómico de se ha relacionado en mayor incidencia y prevalencia de desórdenes crónicos, grandes proporciones de enfermedad y mortalidad en diferentes poblaciones.

Las características de las comunidades de bajo nivel socioeconómico también afectan la salud mental de las personas, Osofsky (1995) indica que” la salud mental de los niños de ha visto por la exposición a la violencia crónica que se presenta con mayor frecuencia en algunas comunidades” Se ha encontrado que tanto los niños como adultos que viven en vecindarios violentos muestran signos de TEPT, relacionándose a que los individuos presentan

continuamente necesidad de afrontar pérdidas y cargar con el sufrimiento de los miembros de la familia, vecinos y amigos.

Influencia del apoyo social.

La literatura sobre apoyo social ha demostrado que el percibir apoyo social está relacionado con mejores resultados y mejor adaptación a la vivencia de situaciones estresantes (Cohen, 1988).

Beristaín (2000) afirma que el apoyo social se asocia a una menor mortalidad y una mejor salud mental. El apoyo social que valida y reconoce la experiencia traumática de las personas y que ayudan a entenderla y darle un significado parece ser muy importante para asimilar las catástrofes y los hechos traumáticos. Las personas que tienen mayor apoyo social se sienten mejor que aquellas que están aisladas o no tienen un confidente.

“El apoyo social no consiste en tanto a la mera existencia de una red objetiva de relaciones sociales o personas, sino que esa red sea funcional y percibida por los demás como fuente de apoyo y de comprensión” (Beristain, 2000).

El presupuesto teórico principal del modelo de la vulnerabilidad- estrés es que un trastorno mental tiene una etiología multicausal, desde esta aproximación, el cuadro clínico es consecuencia de la relación entre la vulnerabilidad del individuo que la padece y los factores estresantes del ambiente, El grado de vulnerabilidad de cada individuo depende de la combinación singular de un conjunto de factores biológicos como (alteraciones genéticas o patológicas del sistema nervioso central); psicológicos (como los estilos de procesamiento de la información, la motivación, su historia aprendizaje y el desarrollo evolutivo y psicosocial):

también sociales y ambientales. Tal vulnerabilidad es un rasgo individual duradero que predispone al sujeto a padecer la enfermedad (Millares, Principios conceptuales de la terapia ocupacional, 2011, pág. 183).

El inicio de la enfermedad mental se explica como consecuencia de la interacción entre vulnerabilidad y la aparición de eventos estresantes que el individuo no es capaz de afrontar, por ejemplo, un sujeto con escasas habilidades de afrontamiento, exigua capacidad para resolver sus problemas cotidianos, insuficiente red de apoyo social y familiar o pobres recursos económicos puede desarrollar la enfermedad aunque su grado de vulnerabilidad sea bajo (Millares, Principios conceptuales de la terapia ocupacional, 2011, pág. 183).

Así, la aparición por primera vez de síntomas o su descomposición puede ser consecuencia del aumento de los eventos estresantes, de la disminución de las destrezas para afrontar la vida diaria, de un cambio en la red de apoyo social o familiar o del abandono del tratamiento farmacológico o del proceso de rehabilitación, es por esto que es indispensable que el terapeuta ocupacional haga una evaluación de los factores que pueden llevar a las personas a presentar disfuncionalidad en el desempeño ocupacional debido a que la evaluación y análisis de cada factor permite asignar un valor específico sobre la causa y el impacto en los roles ocupacionales explicando su posible origen, permitiendo entender la particularidad de las personas afectadas por el acto violento y sus variantes para la predisposición en la aparición del TEPT, no obstante permite desarrollar intervenciones basadas en los factores desencadenantes.

Posterior al conocimiento de los posibles factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático, se describirán a continuación los síntomas, las causas los criterios diagnósticos del trastorno.

Trastorno por estrés postraumático.

Según la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés definen que el trastorno por estrés postraumático se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las personas. Las imágenes de la situación traumática vuelven a re experimentar una y otra vez (flashback), en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con todo lujo de detalles, acompañado de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.).

Todo ello genera un fuerte estrés, agotamiento, emociones intensas, y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad de ese estrés, del agotamiento, de las emociones intensas.

El estrés postraumático se caracteriza porque se concede mucha importancia a estas imágenes y a la ansiedad que provocan. Se desarrollan muchos pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático y con sus consecuencias. Se concede mucha importancia también a estos pensamientos, que generan más ansiedad, más estrés, más inseguridad. El mundo se percibe como altamente peligroso. Se suele perder la sensación de control sobre la seguridad propia. Se recuerdan muchos detalles de la situación, o las sensaciones vividas en los momentos del suceso, con gran viveza, con gran intensidad, y con una alta frecuencia. Esas sensaciones visuales, auditivas, táctiles quedan profundamente grabadas en la memoria y poseen una alta relevancia entre cualquier otro recuerdo.

Las imágenes y las sensaciones pueden volverse intrusivas (acuden una y otra vez a la mente, produciendo malestar), especialmente si se pretende evitarlas. Cuando queremos evitar un pensamiento aumenta la frecuencia de ese pensamiento no deseado y se vuelve más estresante.

Tras el trauma (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.) el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a generar sentimientos de culpa, por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se estuvo a las circunstancias, por haberse salvado, por... toda una serie de motivos poco realistas, bastante irracionales, y de excesiva auto exigencia. Se va tejiendo así una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos estos elementos que cambian en la misma dirección: provocar más estrés.

Bajo el estrés agudo inicial que se produce tras el trauma (en el primer mes), así como bajo el estrés postraumático posterior (después de transcurrido el primer mes), también son frecuentes los sentimientos de indefensión e impotencia, las reacciones de ira, los sentimientos de hostilidad, de rabia, y las imágenes de agresión contra el agente que ha generado el daño, o se considera que lo ha generado.

Este estado de estrés se caracteriza por un intenso estado emocional en el que predominan la ansiedad, la culpa, la ira, la rabia, la hostilidad, a veces la vergüenza, y con mucha frecuencia la tristeza e incluso la depresión (el trastorno de estrés postraumático tiene una alta comorbilidad con el trastorno depresivo, entre un 60-80% de personas presentan ambos desórdenes). Dicho estado emocional produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta a la hora de readaptarse a las distintas facetas de la vida cotidiana.

Sin embargo, es frecuente que las personas que están experimentando estrés agudo, y después estrés postraumático, no puedan y no quieran expresar sus emociones. Algunas, tienen también dificultades para experimentar estas emociones, que dicen deberían estar experimentando como las personas de su alrededor.

Muchas personas desarrollan algunos de estos síntomas de estrés postraumático a pesar de no haber estado en la situación traumática. La probabilidad de que esto suceda depende de la valoración y grado de implicación que se hace del acontecimiento traumático. Si una persona concede la máxima valoración a lo sucedido y comienza a sentirse vulnerable porque se siente tiene más probabilidad de desarrollar algunos síntomas del estrés postraumático.

Teniendo en cuenta también la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización mundial de la salud en su décima Revisión define el trastorno por estrés postraumático como el trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Causas.

El trastorno de estrés postraumático es el único trastorno de cuya etiología estamos seguros: alguien experimenta personalmente un trauma y desarrolla el trastorno. Con todo, que una persona desarrolle o no el TEPT es un aspecto sorprendente complejo que asocia factores biológicos, psicológicos y sociales.

Como en el caso de otros trastornos en el de estrés postraumático llevamos nuestra propia vulnerabilidad psicológica con nosotros, Mientras mayor sea esta, más probable es que desarrollemos el TEPT. Si ciertas características recorren la familia, tiene mayores probabilidades de desarrollar el trastorno (J. Davidson, Swartz, Storck, Krishnan y Hammett,

1985) que haya un historial familiar de ansiedad sugiere que hay una vulnerabilidad biológica al TEPT.

Además parece haber una contribución psicológica basada en las experiencias tempranas con sucesos impredecibles o incontrolables. La inestabilidad familiar es un factor que tal vez infunda un sentido de que el mundo es un sitio incontrolable (Chorpita y Barlow ,en prensa), De manera que no es sorprendente que los individuos de familias inestables se hallan en riesgo de desarrollar el TEPT si experimentan traumas.

Por último, los factores sociales y culturales desempeñan una función importante en el desarrollo del TEPT. Los resultados de un gran número de estudios son muy congruentes en cuanto a que demuestran que, si usted con un fuerte grupo de apoyo de entre las personas que lo rodean, es mucho menos probable que desarrolle el TEPT después del trauma. (Durank & Barlow, 2001, pág. 163).

Como hemos visto a través de la descripción del trastorno por estrés postraumático y por su cuadro clínico se puede deducir que presenta un impacto negativo que limita el desempeño ocupacional de los individuos en diferentes áreas de ocupación y a su vez en la estructuración de las actividades realizadas cotidianamente para la conformación de un rol productivo propia a la etapa de vida de la persona, por lo que el terapeuta ocupacional posterior al conocimiento de dicho trastorno, sus síntomas, causas y criterios diagnósticos trabajará a favor de la recuperación y mantenimiento del desempeño de las actividades académicas, laborales, sociales, vocacionales previas al evento de victimización, siendo estas significativas y participativas, favorecedoras del proceso de internalización y la identificación de los roles fortaleciendo el desempeño ocupacional de la población.

Criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento o accidental.

Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

Trastorno de estrés posttraumático.

Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

Comportamiento imprudente o autodestructivo.

Hipervigilancia.

Respuesta de sobresalto exagerada.

Problemas de concentración.

Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés posttraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo, como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Trastorno de estrés postraumático.

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Siendo conocedores de las características generales del trastorno, se hace necesario comprender el impacto del TEPT en el desempeño ocupacional, asumiendo como eje central los roles ocupacionales y sus componentes como la internalización, identificación y guion del rol los que están definidos a continuación.

Desempeño Ocupacional.

El desempeño ocupacional se refiere hacer una forma ocupacional, cuando las personas hacen tareas, dado que la mayor parte de nuestro desempeño de las formas ocupacionales incluyen cosas que forman parte de nuestra rutinas diarias, la habituación tiene una influencia importante sobre el desempeño, los roles influyen en el tiempo y el rango de formas

ocupacionales en las cuales participamos (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana: teoria y aplicaci3n, 2004).

El desempe1o ocupacional implica elecci3n, organizaci3n y realizaci3n de ocupaciones, actividades o tareas en interacci3n con el entorno. Est3 compuesto de cualidades f3sicas, mentales, sociales y espirituales, las cuales experimenta la persona cuando se involucra en el juego, Esparcimiento trabajo y estudio. Durante este proceso la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones y a su vez se trata de una trayectoria individual en la cual intervienen las capacidades personales.

Roles ocupacionales.

Los roles ocupacionales est3n determinados por el elemento de habituaci3n, el cual es componente procedente del modelo de la ocupaci3n humana, que se refiere al patr3n de comportamiento semiaut3nomo, que responde a los contextos temporales f3sicos y sociales, tambi3n permiten responder a claves temporales y marcos de tiempo, al mundo f3sico conocido, costumbre sociales y patrones que componen la cultura (Kielhofner, Modelo de la ocupaci3n humana ,teor3a y aplicaci3n, 2011, p3g. 16).

Desde la Terapia Ocupacional, el rol ocupacional es cualquier actividad que ocupa el uso del tiempo. El concepto de rol proporciona una forma de pensamiento sobre la interacci3n humana con el ambiente. Orientado a las tareas (Moorhead, 1969), los roles median entre los requerimientos del ambiente social y las contribuciones del individuo. Son expectativas conductuales que acompa1an a la posici3n o al estado de ocupaci3n de una persona en un sistema

social y sirven como medio primario a través del cual los individuos expresan el comportamiento ocupacional (Heard, 1977).

Los Roles Ocupacionales comienzan con el juego del niño, prosiguen a través de los roles familiares, de amistades, y de estudiantes, continúan en el rol de trabajo adulto y culminan en el rol de jubilado. Esta secuencia de roles se denomina carrera ocupacional (Black, 1976; Heard, 1977; Kielhofner, 1977; Matsutsuyu, 1971; Moordhead, 1969; Reilly, 1966).

Dos conceptos relacionados con los roles son: 1) Socialización, la serie de experiencias del aprendizaje basadas sobre el ambiente (p.eje., modelado de roles, experiencias con las tareas) por medio de las cuales los individuos llegan a adquirir, las actitudes y comportamientos de roles necesarios, y 2) el proceso de elección ocupacional a través del cual las personas seleccionan y se comprometen en los roles ocupacionales (Barret & Kielhofner, 2003).

Los roles ocupacionales también son definidos por la AOTA (2008) como “un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad y moldeados por la cultura que pueden conceptualizarse y definirse posteriormente por el cliente. Los roles pueden proveer una guía para seleccionar las ocupaciones y pueden conducir a patrones de participación estereotipados y limitados”.

Roles internalizados.

La acción rutinaria es influenciada por el hecho de que cada uno de nosotros pertenece a sistemas sociales y actúa en ellos. Mucho de lo que hacemos es hecho como esposo, padre, trabajador, estudiante, etcétera. Al tener internalizado estos roles, actuamos de maneras que reflejan nuestro estatus de rol (Fein, 1990) Internalizar el rol significa incorporar una identidad

una fachada y acciones que pertenecen al rol. Consecuentemente, un rol internalizado es la incorporación de un estatus definido socialmente o en forma personal y su conjunto correspondiente de actitudes y acciones. (Kielhofner, *Habitación: Patrones de la ocupación*, 2011).

Internalizar un rol involucra incorporar un sentido de relaciones con otros y del comportamiento esperado. Como Sarbin y Scheibe (1983), lo indican, la acción efectiva depende de “las ubicaciones correctas de uno mismo en el mundo de las existencias”. Consecuentemente los roles internalizados nos brindan la orientación social necesaria para para actuar en forma eficaz. (Kielhofner, *Habitación: Patrones de la ocupación*, 2011, pág. 59).

Identificación del rol.

Nos vemos a nosotros mismos como estudiantes, trabajadores, padres etcétera, porque nos reconocemos ocupando ciertos estatus o posiciones y también porque nos experimentamos actuando como alguien que sostiene estos roles, de acuerdo con Sarbin y Scheibe (1993) “En cualquier momento, la identidad de una persona es una función de sus posiciones validadas”. Nos identificamos con nuestros roles, en parte, porque nos vemos, reflejados en las actitudes y en las acciones de otros, hacia nosotros. Consecuentemente, la identidad del rol se genera cuando los otros, nos reconocen y responden a nosotros en función de una posición en particular. Lo que nosotros somos está entrelazado con los roles que ocupamos (Cardwell, 1971, Ruddock, 1976, Shein, 1971, Turner 1962) (Kielhofner, *Habitación: Patrones de la ocupación*, 2011, pág. 60).

Guiones de roles.

Las personas saben cómo actuar en un rol dado debido a un guion de rol internalizado. Miller (1983) señala que este guion consiste en “ un conjunto de esquemas que organizan el modo en que las personas perciben, comunican, hacen juicios y actúan hacia los otros” estos guiones permiten a las personas sacar sentido de los acontecimientos porque el guion anticipa que tipo de interacción o acciones deben ocurrir (Mancuso y Sarbin , 1983). Los Guiones de roles nos permiten apreciar tácitamente que evento social se está desarrollando y como debemos proseguir en este evento (Kielhofner, *Habitación: Patrones de la ocupación humana*, 2004, pág. 82).

Influencia de los roles en la ocupación.

Los roles organizan la acción en tres formas principales. Primero influyen en la forma y el contenido de nuestras acciones. El tránsito de un rol a otro a menudo esta demarcado por cambios como el modo en el que vestimos, nuestra forma de hablar y nuestra forma de relacionarnos con los otros. Segundo, cada rol conlleva una gama de acciones que conforma el rol. En consecuencia, los roles dan forma a los tipos de cosas que hacemos, las acciones esperadas para un rol están claramente definidas por algunos grupos sociales.

En otras situaciones, las personas deben negociar o definir para ellas que acciones constituye el rol. Tercero, los roles dividen nuestros ciclos diarios y semanales en horarios en que ocupamos ciertos roles. El curso de cada día habitualmente comprende una sucesión de roles

y roles superpuestos, A través de nuestros días, semanas y vidas, los roles son espacios sociales en los que entramos, actuamos y salimos (Kielhofner, *Habitación: Patrones de la ocupación humana*, 2004, pág. 83).

Teniendo en cuenta este planteamiento, podemos ver como los roles guían el comportamiento ocupacional de acuerdo a la edad y a los intereses de cada individuo asignando un valor de significancia, no obstante, la interferencia de estas actividades y ocupaciones por constituyentes sociales, físicas, cognitivas y/ o mentales presentan una restricción en la participación ocupacional de los roles y por ende una alienación ocupacional, descrita por Wilcock y Townsend como aquellas experiencias prolongadas de desconexión o aislamientos, vacío falta de sentido de identidad o expresión limitada del espíritu o sensación de falta de sentido, como la ausencia de sentido o propósito en las ocupaciones de la vida diaria, fenómeno que puede reflejarse en la pérdida de internalización e identificación de los roles ocupacionales debido a la manifestación de signos y síntomas por la aparición de trastorno por estrés posttraumático.

Por ejemplo un trabajador del área rural cuyo rol principal está dirigido hacia el mantenimiento y siembra de cultivos, actividad que le permite una remuneración y es muy significativa porque ha dedicado su vida al campo, sin embargo después del despojo forzado y violento de tierras, se ve obligado a trasladarse hacia el área urbana ,y para sobrevivir en un nuevo contexto se le es necesario trabajar como conductor de taxi, actividad que no representa un valor personal debido a que solo la ejecuta como método de remuneración, es una actividad aprendida por necesidad, continuamente experimenta soledad y ansiedad, extrañando constantemente sus labores agrarias, su lugar de procedencia y su entorno social, pues en la

ciudad no conoce a nadie y solo se dedica manejar el vehículo , con la frecuente sensación de vacío.

En el anterior ejemplo se puede identificar como se presenta la alienación ocupacional en el rol laboral como víctima del conflicto , que además del presente fenómeno ocupacional presenta a su vez una violación de los derechos ocupacionales debido a un factor social el trabajador no puede implicarse en ocupaciones significativas que contribuyan positivamente en su bienestar, por lo que el terapeuta ocupacional debe guiar su intervención haciéndose garante de estos derechos mediante la ocupación significativa hacia los diferentes comportamientos ocupacionales de las víctimas del conflicto armado.

A partir de este segmento se hará una descripción de la población objeto de estudio basada en la definición de la ley 1448 de 2011, validada para el contexto nacional.

Víctimas del conflicto.

Son definidas como víctimas las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado, (homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil). También son víctimas el esposo o la esposa, el compañero permanente, parejas del mismo sexo, los padres o hijos (incluyendo adoptivos) de la víctima directa, cuando a ésta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. Si estos familiares no están, se considerarán como víctimas los abuelos.

Según la declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder Adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985.

Así mismo Se entenderá por "víctimas" las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Podrá considerarse "víctima" a una persona, con arreglo a la presente Declaración, independientemente de que se identifique, aprehenda, enjuicie o condene al perpetrador e independientemente de la relación familiar entre el perpetrador y la víctima. En la expresión "víctima" se incluye además, en su caso, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

Modelos, enfoques y paradigmas de terapia ocupacional.

A partir de lo anterior es necesario hacer referencia a los enfoques, marcos de referencia y paradigmas de terapia ocupacional que permiten abordar la investigación de manera más específica, por consiguiente se hará referencia en el modelo de la ocupación, marco de referencia cognitivo conductual, analítico , enfoque psicosocial, teniendo en cuenta y que la esencia de la Terapia Ocupacional consiste, por una parte, en el análisis y evaluación del impacto de la enfermedad, el trastorno, inadaptación social, de la disfunción psicosocial y/o de un

acontecimiento vital estresante en el comportamiento ocupacional del individuo, y por otra, en el uso de la ocupación (actividades, tareas y/o desempeño de roles) como herramienta para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función, así como para prevenir la aparición de la disfunción ocupacional.

Modelo de la ocupación humana, Gary Kielhofner.

El Modelo de Ocupación Humana parte de un marco conceptual de práctica que trata de identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los que se mantiene la ocupación humana. Este modelo considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional. Define tres subsistemas internos de la persona: volición, habituación y capacidad de desempeño.

El MOHO, también incluye a los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño. Dentro de estos están: el hogar, vecindario, escuela, lugar de trabajo y lugares de reunión y recreación.

Por lo anterior este modelo es indispensable para el desarrollo de la investigación, ya que, permite comprender a las víctimas, desde todas los puntos de vista, internos como externos para entender el desempeño ocupacional desde el ciclo vida, para determinar funciones y / o disfunciones relacionadas con los roles ocupacionales, así mismo mediante su aplicación permite a las víctimas la participación activa de las actividades del diario vivir, necesarias para el

desarrollo de la identidad personal y colectiva y como estos buscan maneras de lograr la autonomía , organización, identidad y generar estructuras que apoyen sus necesidades ocupacionales, específicamente los roles , desde la internalización, identidad y guion teniendo en cuenta las características ocupacionales y la de los contextos en las que se relaciona (De las Heras, 2015).

Marco de referencia analítico

El enfoque analítico parte de teorías que trabajan el origen de la personalidad del individuo y sus motivaciones e incluye métodos que ayudan al individuo a ganar autoconocimiento y crecimiento personal trata con las motivaciones inconscientes para la acción, las interacciones y creencias y el contenido simbólico de las imágenes y percepciones.

Este enfoque establece elementos que influyen en el desempeño cotidiano del individuo, tales como los simbolismos, la expresión de sentimientos, las emociones, actitudes y relaciones objétales, que posibilitan su expresión y canalización a través de los medios terapéuticos utilizados por el Terapeuta Ocupacional y que son básicos para establecer el concepto y la propuesta ocupacional, los delineamientos para el manejo de los medios de intervención y de manera importante la relación terapéutica.

El enfoque analítico es de importancia debido al estudio de los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático puesto que las características del suceso fijador del trastorno y la etiología multicausal del mismo pueden obstruir la capacidad de expresión, utilización de simbolismos, dificultando el desempeño en los roles de cada persona , por consiguiente Moruno (2017) la intervención basada en las técnicas creativas expresivas y proyectivas favorece la expresión individual de una forma alternativa para descubrir contenido

inconsciente y formas de vinculación con las personas y los objetos , promoviendo la toma de conciencia del sujeto sobre las reacciones y los mecanismos que subyacen a sus problemas psicológicos y a favorecer la elaboración de los conflictos psíquicos , de tal forma de que se posible su modificación y la de los síntomas que producen (Moruno Millares, Principios conceptuales de la terapia ocupacional, Modelos psicologico de salud, 2017, pág. 169).

Marco de referencia cognitivo conductual

Las teorías del aprendizaje que se integran en el marco d referencia cognitivo- conductual han sido aplicadas ampliamente en terapia ocupacional, en particular, en programas de modificación de la conducta y desensibilización, de entrenamiento de destrezas, de aprendizaje programado y de reestructuración cognitiva.

Este marco de referencia desarrolla una explicación funcional del comportamiento. La conducta se explica en relación con los estímulos que recibe el individuo del entorno; es decir la conducta, tanto adaptada como desadaptada, está en función de los estímulos del medio.

Desde una perspectiva centrada en la cognición, se abordan aquellas ideas del individuo relacionadas con alteraciones del desempeño ocupacional, que se constituyen con objetivos de la intervención, siguiendo la propuesta de Hagedorn, de forma general se persigue:

Que el individuo reconozca las emociones negativas.

Identificar las conexiones entre las emociones negativas y los pensamientos, también negativos que producen.

Observar como los pensamientos negativos también inhibe el comportamiento adaptado.

Desarrollar modificaciones en los pensamientos negativos.

Reemplazar pensamientos negativos por pensamientos positivos.

Adquirir control sobre la propia vida, estableciendo metas específicas, cuantificables, tangibles, alcanzables, trabajando para conseguir las por medio de pasos pequeños y útiles.

Aplicar estrategias de resolución de problemas para reducirlos o para encontrar soluciones.

Aplicación de técnicas de manejo del estrés o para la mejora de habilidades sociales y la comunicación.

Suministrar auto recompensas al alcanzar los logros esperados.

El marco de referencia cognitivo conductual sustenta la investigación teniendo en cuenta la variable de trastorno por estrés postraumático y la sintomatología que presenta su aparición partiendo de la experiencia de un hecho victimizante, en la que desde terapia ocupacional se puede realizar intervención desde la regulación de destrezas emocionales, incluyendo pensamientos y sentimientos negativos que por su persistencia repercuten en el desempeño ocupacional de las personas y su participación en los roles ocupacionales, haciendo uso de las técnicas propias del marco que favorezcan el patrón conductual del individuo de acuerdo a las expectativas y características del ciclo vital.

Enfoque psicosocial.

Enfoque psicosocial se considera Holístico, en la medida que se interesa por las percepciones de la realidad del individuo y sus reacciones a ella, así como de la capacidad de comunicarse con otros y toma al individuo como un ser biopsicosocial que interactúa dentro de un medio, el cual a su vez está conformado por grupos como la familia, lo laboral y lo social, dentro de los cuales el individuo desempeña diferentes roles que le permiten aprender los valores, creencias y normas adquiriendo una posición dentro de sus grupos y su cultura. el

enfoque psicosocial toma dos aspectos: la habilidad del individuo para establecer y mantener relaciones interpersonales y para funcionar como miembro de un grupo y el conocimiento que tenga el individuo de sí mismo que le posibilite proyectarse, actuar, crear, pertenecer a un ambiente dado y adaptarse a las circunstancias cambiantes de este.

Se aplica cuando el individuo no logra asumir e identificarse con los roles propios de su edad o bien estos están alterados como consecuencias de un proceso de enfermedad, encontrándose un ego débil y con escasas herramientas y mecanismos para adaptarse, funcionar y producir, cuando el individuo no muestra la capacidad para expresar sus necesidades y deseos para establecer relaciones y comunicarse con otros y reconocer en estos sus necesidades y deseos.

El enfoque anteriormente mencionado es de relevancia para la intervención basada en la variable ajena, puesto que permite una intervención guiada hacia el trabajo en desequilibrio de roles, brindando herramientas que facilitan el desempeño ocupacional, mitigando la vulnerabilidad de la población y aumento de factores protectores, permitiéndole al individuo desenvolverse como un sujeto biopsicosocial.

Marco legal

A continuación encontrara referencia de bases legales que sustentan de forma legal el desarrollo del presente proyecto retomando las principales leyes y decretos nacionales que permiten la intervención de terapia ocupacional en la población víctima del conflicto dentro de las que se encuentran: Ley 1448 del 10 de junio de 2011, ley 1122 de enero 9 2007 , ley 1616 de enero 21 2013 , resolución 1841 de mayo 28 de 2013, ley 949 marzo 17 de 2005.Las leyes anteriormente mencionadas fundamentan ampliamente el actuar del profesional, así mismo

proponen lineamientos de intervención bajo la atención integral en salud mental y rehabilitación psicosocial favoreciendo el desempeño ocupacional de la población el cual es el principal objetivo de la terapia ocupacional.

Declaración universal de derechos humanos.

La declaración universal de derechos humanos es uno de los antecedentes legales más importantes para la investigación puesto que ha dado pie a la creación de legislación nacional para la protección de los derechos humanos de los individuos, desde la rehabilitación integral, lo que proporciona un marco no solo legal si no también ético para la dignificación de las personas, haciendo énfasis en la población de investigación, resaltando los derechos a la salud, a la justicia, derecho a la reparación integral del daño, derecho a la reparación por violaciones a los derechos humanos, resaltando aún más la intervención del terapeuta ocupacional en el área.

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias.

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones.

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso.

La Asamblea General Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Ley 1448 del 10 de junio de 2011.

Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones

El presente antecedente legal es de gran aporte para la variable ajena debido a que permite realizar una caracterización de la población planteando un término único de víctimas, priorizándolas dentro de la atención y servicios que provee el gobierno nacional, así mismo permite visualizar e identificar los derechos de la población, igualmente guía las medidas de reparación mediante un programa de rehabilitación psicosocial que en conjunto con las Medidas de Asistencia y Atención a las Víctimas pueden ser retomadas por el terapeuta ocupacional para incursionar en la intervención con dicha población.

La presente ley tiene como eje el diseño y la implementación de una política pública orientada a la reparación integral de las víctimas del conflicto armado interno en Colombia, el fortalecimiento del aparato judicial y administrativo y la generación de condiciones propicias para promover y consolidar la paz y la reconciliación nacional.

La Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, así como los decretos con fuerza de ley que reglamentan las medidas de asistencia, atención y reparación integral a los grupos étnicos, representan un notable esfuerzo que se estructura sobre la base de los estándares y principios internacionales que rigen la materia. Su articulado, que se encuentra dividido en ocho títulos, parte de la delimitación del objeto y ámbito de la aplicación de la ley y la consagración de unos principios que guiarán tanto la interpretación como la implementación de atención, asistencia y reparación que allí se consagran.

Ley 1122 de enero 9 2007.

La presente ley es de gran importancia debido a que realiza modificaciones al sistema general de seguridad social en salud, sistema por el que se rige la atención en servicios de salud, incluyendo en su capítulo número sexto la salud pública, definiéndola como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país, de donde se origina la dimensión de salud mental como ámbito de intervención para el terapeuta ocupacional bajo la creación del plan decenal de salud, lo que fundamenta el actuar del profesional bajo los conceptos y acciones establecidas por la ley.

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

La presente ley consta de ocho capítulos y 39 artículos y tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, general teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 1616 de enero 21 2013.

Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

Le relevancia de la ley 1616 de 2013 radica en la fundamentación de un área específica de la salud como lo es salud mental, área de trabajo para la investigación puesto que conceptualiza la misma y términos propios del área, propone las líneas de acción de atención primaria en salud que corresponden al trabajo profesional de terapia ocupacional como la Promoción de la salud mental, Prevención Primaria del trastorno mental, permite la visualización de los derechos de la población y propone al profesional como integrante para la prestación de servicios en atención integral e integrada en la población favoreciendo el desempeño ocupacional.

El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Resolución 1841 de mayo 28 de 2013.

Por el cual se adopta el plan decenal de salud pública.

Terapia ocupacional como profesión perteneciente al área de salud se constituye como miembro del equipo interdisciplinar para responder a las necesidades de salud pública que permitan impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, por consiguiente esta ley es de relevancia porque define la dimensión prioritaria de convivencia social y salud mental, proponiendo los lineamientos principales bajo los componentes de promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas ,trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia, guiando el plan de acción la presente investigación con un enfoque desde la disciplina.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos

nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU O. d., 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Marco ético

A continuación se describirá el marco ético de la investigación el cual tiene como fin orientar el diseño y la toma de decisiones en el proceso investigativo para promover y mantener las normas de comportamiento del terapeuta ocupacional investigador.

Seguidamente se fundamentan las consideraciones éticas desde la terapia ocupacional, cimentadas en la ley 949 del 2005, donde se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia y el código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente, por ello menciona a continuación algunos principios básicos que sustenta la práctica de la profesión en el ámbito de justicia y salud.

En el artículo 3 de la presente ley se establece que establece que el Terapeuta Ocupacional, dentro del marco de su perfil profesional está en capacidad de utilizar la metodología científica en la solución de problemas relacionados con los siguientes campos:

En el sector de la Justicia, podrá trabajar en programas de rehabilitación y resocialización de poblaciones vulnerables, cualificando el desempeño ocupacional y facilitando la participación, movilización y organización social, a fin de promover conductas adaptativas y participativas de las personas comprometidas.

En el sector de la Salud el cual está caracterizado esencialmente por su desempeño en disfunciones físicas, sensoriales y mentales, a través del manejo de habilidades sensorio motoras, cognoscitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, prevención y rehabilitación cuando el desempeño ocupacional está sometido a riesgo o se encuentra alterado, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida.

Consentimiento informado.

Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los y las profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento .Rincón Perferetti G, S.F.

El consentimiento informado se fundamenta en el derecho a la información del individuo, para que sea él quien asuma las consecuencias de cualquier procedimiento terapéutico.

Código de Helsinki de la asociación médica mundial principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

La Declaración de Helsinki es una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación con material humano (muestras biológicas) y con información identificable (datos de carácter personal). Los principios de la Declaración de Helsinki se han erigido como referente internacional en ética de la investigación, además de haberse incorporado a varias legislaciones nacionales.

Código de Núremberg.

Recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, sentó las bases para el nacimiento de la Bioética (Potter en 1970), estableciendo los principios morales mínimos necesarios que deben brindarse a las personas: el de Justicia y el de no maleficencia.

Establece diez normas que guían la realización de experimentos en seres humanos. Dentro de estas diez normas se enfatiza en la importancia del consentimiento informado.

Este código señala que el riesgo debe estar sopesado con el beneficio que va a provocar la investigación, esto quiere decir, que se deben reducir al máximo los riesgos inminentes a las personas y maximizar, por ende los resultados que otorgarán beneficencia.

Los principios establecidos por este código para la práctica médica se han extendido a códigos generales en la ética médica.

Marco conceptual

Adaptación: Son las modificaciones realizadas a una actividad, tarea u objeto que permiten la participación ocupacional.

Alienación Ocupacional: Desvinculación del sentido del hacer y actuar de una persona hacia una actividad.

Bienestar: Estado de confort y comodidad en las diferentes áreas de ejecución en las que se desempeña la persona.

Conflicto: Situación que implica diferencias entre dos o más parte, que generalmente suscita enfrentamiento entre las partes involucradas.

Contexto: Diversidad de condiciones interrelacionadas internas y externas que rodean al individuo.

Derechos humanos: Hace referencia a las garantías jurídicas inherentes de la persona, los cuales son inalienables e intransferibles que permiten el desarrollo del individuo.

Derechos ocupacionales: Hace referencia a los derechos los individuos de participar activamente en actividades de valor que propendan el bienestar.

Desempeño ocupacional: Acto de hacer y cumplir con objetivos de una ocupación, actividad mediante la interacción entre el individuo, la actividad y el contexto.

Desplazamiento forzado: Acto en el cual una persona o grupo de personas se ven obligadas a abandonar o huir de su territorio como consecuencia de la violencia, persecución, y violación de derechos humanos.

Entorno: Se refiere a los espacios físicos y sociales que rodean al individuo.

Guion del rol: Conjunto de acciones que estructuran un rol ocupacional.

Identificación del rol: Reconocimiento de la sociedad hacia la persona sobre una actividad laboral, educativa o social.

Internalización del rol: Adopción de una identificación, y ejecución de acciones para la construcción de un rol.

Justicia ocupacional: Hace referencia al derecho de los individuos para acceder a las ocupaciones satisfaciendo necesidades personales, sociales y de salud.

Ocupación: Actividades que se ejecutan en la vida diaria y en las cuales las personas se comprometen con estas.

Participación social: Patrones de comportamiento del individuo en un sistema social.

Rehabilitación: servicios prestados a un individuo con déficit, físico sensorial, cognitivo o mental que permiten la recuperación de la persona.

Rehabilitación integral: Se refiere a los procesos terapéuticos que le permiten a la persona la integración, social, familiar y ocupacional.

Reinserción social: Hace referencia a incluir nuevamente a una persona a la sociedad.

Roles ocupacionales: Patrones de conducta que se esperan de un individuo dependiendo de su ciclo vital.

Terapia ocupacional: Profesión del área de la salud cuyo objetivo es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional utilizando procedimientos que involucran las diferentes áreas de ocupación para la rehabilitación, tratamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Trastorno por estrés postraumático: Trastorno mental originado por vivenciar una experiencia traumática en el que está en peligro la vida de las personas, con la experimentación de ansiedad, depresión, alteración de estado de alerta.

Víctimas: personas que individual o colectivamente hayan sufrido daño a los derechos humanos.

Vulnerabilidad: Capacidad disminuida de una persona para poder defenderse ante situaciones naturales o por actividad humana.

Marco contextual**Alcaldía de Pamplona Norte de Santander.*****Misión.***

Buscar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los pamploneses, prestando los servicios públicos determinados por la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo territorial, promover la participación comunitaria, el mejoramiento cultural y social de sus habitantes, articulando los sectores productivos, económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales.

Visión.

En el año 2049 Pamplona será un municipio competitivo, planificado a partir de sus potencialidades, territorialmente arraigado en la cultura, socialmente amigable, equitativo e incluyente, ambientalmente sostenible, seguro y en paz.

Objetivos y funciones.

Objetivos.

Planear, programar, proyectar, coordinar y ejecutar acciones tendientes al desarrollo municipal y subregional, que permitan canalizar el apoyo interinstitucional y la eficiente y eficaz ejecución de los recursos.

Funciones.

Son competencias del Despacho del Alcalde Municipal, además de las dispuestas por la Constitución y las Leyes; entre otras, las siguientes:

Atender los servicios que demande el ejercicio de las funciones y atribuciones constitucionales legales. Las ordenanzas y los acuerdos municipales que corresponda cumplir de conformidad con el Artículo N° 315 de la Constitución Política de Colombia.

Conservar el orden público en el Municipio, de conformidad con la Ley, las instrucciones y las órdenes impartidas por el Presidente de la República y el Gobernador del Departamento Norte de Santander, dictando las medidas y reglamentos pertinentes, rendir los respectivos informes ante las instancias competentes.

Fijar políticas, dirigir, orientar, proponer los Acuerdos ante el Concejo en cuanto a la formulación de los planes, programas, presupuestos y demás iniciativas ejecutivas necesarias para la buena marcha del municipio, asegurando que éstos contengan las reales demandas y ofertas de la población a través de la efectiva participación ciudadana, comunal y comunitaria; sancionar, promulgar y reglamentar los actos administrativos que de éstos se deriven y sean

considerados convenientes y con sujeción a las normas, reglamentos y actos de delegación que le sean atribuidos expresamente.

Dirigir, presidir, coordinar, articular y controlar la acción y gestión administrativa del municipio, apoyando y velando por el cumplimiento de la misión, objetivos, planes, programas y proyectos de cada una de las dependencias que conforman la administración central, asegurando el cumplimiento de las funciones y la presentación de los servicios municipales.

Fortalecer la organización administrativa, adecuándola oportunamente a las necesidades del servicio y a sus realidades socioeconómicas y tecnológicas. Reglamentar grupos de trabajo para la atención de asuntos propios de las dependencias, conformar, reglamentar y asignar las funciones a los órganos de asesoría y coordinación, crear, suprimir o fusionar entidades o dependencias municipales con sujeción a las normas, reglamentos y actos de delegación que le sean atribuidos expresamente por las instancias y autoridades competentes.



Figura 2. Organigrama alcaldía de Pamplona. Fuente: Alcaldía municipal de pamplona, 2018.



Figura 3. Alcaldía municipal de Pamplona. Fuente: Alcaldía municipal de Pamplona 2018

Sistema de variables

Variable independiente: Es la variable que el investigador mide, manipula o selecciona para determinar su relación con el fenómeno o fenómenos observados (Buendía, Colás, & Hernández , 2001).

Variable dependiente: Es el factor que el investigador observa o mide para determinar el efecto de la variable independiente o variable causa (Buendía, Colás, & Hernández , 2001).

Variable Ajena: Será aquella cuyo contenido se refiere a un factor que ya no es causa, tampoco efecto, pero sí modifica las condiciones del problema investigado (Buendía, Colás, & Hernández , 2001).

El trastorno por estrés postraumático se considera la variable independiente teniendo en cuenta que en base a los factores de vulnerabilidad, magnitud del estresor y/o factores pos trauma se determinara el efecto en el desempeño en los roles ocupacionales (variable dependiente) laborales, escolares, sociales y familiares sobre el desempeño ocupacional de las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander (variable ajena).

Tabla 1. Sistema de variables

Variable Independiente	Variable dependiente	Variable ajena
Trastorno por estrés postraumático	Roles ocupacionales	Víctimas del conflicto armado en Norte de Santander

Fuente: Sánchez, M., 2018

Tabla 2. Categorías predeterminadas, análisis cualitativo variable independiente.

Categoría	Subcategorías	Tiempo	Pregunta
Trastorno por estrés postraumático	Vulnerabilidad pre trauma	Evento crítico (¿En qué momento de su vida se presentó el evento traumático? ¿Cómo sucedió el evento traumático? ¿Qué característica importante recuerda sobre el evento? ¿Cuándo empezó a sentir que algo iba mal? ¿Puede describir su vida meses antes del evento traumático? ¿Se sentía satisfecha en su vida personal antes del evento? ¿Qué roles ejecutaba antes del evento? ¿Cómo estaba estructurada su día antes del evento?
		hecho victimizante)	
	Magnitud del estresor	Pasado	
	Factores postrauma		

Presente

¿Algún integrante de su familia presenta algún trastorno de tipo mental?

¿Cómo era su relación con sus padres?

¿En su infancia presento algún hecho negativo de tipo traumático?

¿Se siente satisfecha actualmente?

¿Cómo está estructurada su día en la actualidad?

¿Algunos de los planes de vida han cambiado a partir del evento traumático?

¿Qué actividades de disfrute realiza en este momento de la vida?

Futuro

¿Siente preocupación extrema por determinada situación?

¿Cómo considera su relación con su familia?

¿Quién le ayudo después del evento traumático?

¿Qué tipo de ayuda ha recibido de parte de las personas o del estado después del evento traumático?

¿Qué metas tiene a futuro?

¿Cómo trabaja hacia esas metas?

¿Espera éxito?

¿Qué actividades le gustaría realizar aparte de las que realiza cotidianamente?

V A	Condiciones sociodemográficas	Numérica y categórica	Datos sociodemográficos	Edad Sexo Estado civil Tipo de familia Lugar de origen	Masculino Femenino Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre Nuclear Extensa Compuesta	Cuantitativo
------------	-------------------------------	-----------------------	-------------------------	--	---	--------------

(Nacimiento)

Lugar de
procedencia

(Ultima
Residencia)

Lugar de
residencia actual

Grado	de	Ninguna
escolaridad		Primaria
		Secundaria
		Técnica
		Pregrado

Postgrado

Nivel 1

socioeconómico 2

3

4

5

Actualmente se Si

encuentra No

trabajando

Su trabajo es de Si

tipo formal No

Si

Recibe	algún	No
beneficio		
económico		
		Desplazamiento forzado
Porque	es	Desaparición forzada
considerado		Acto terrorista
víctima	del	Amenaza
conflicto armado		Homicidio
		Lesiones físicas
		Minas antipersona
		Perdida de inmuebles
		Secuestro
		Tortura
		Delitos contra la libertad y la integridad sexual

Formulación de hipótesis

Hipótesis de trabajo: Los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático influyen en la ejecución de roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado.

Hipótesis nula: Los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático no influyen en la ejecución de roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado.

Hipótesis alterna: Si los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático no influyen en la ejecución de roles ocupacionales, el contexto influyen en la ejecución de roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado.

Capítulo III

Metodológica

Diseño metodológico

En el presente capítulo se describe el procedimiento general para lograr de forma precisa el objetivo de la investigación determinando la relación entre los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en norte de Santander, planteando los métodos y técnicas para la ejecución de la misma, es de tener en cuenta de que la metodología es de gran importancia en la investigación, pues su planteamiento adecuado garantiza que las relaciones que se establecen y los resultados obtenidos tengan el máximo grado de exactitud y confiabilidad.

A continuación se definen: Enfoque de investigación, diseño, población, muestra, criterios de inclusión, exclusión, instrumentos de valoración y su respectiva confiabilidad y validez del proyecto en desarrollo titulado factores predisponentes en la aparición de trastorno por Estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander

Enfoque de investigación.*Mixto.*

Sampieri y Fernández (2018), Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado , & Baptista, Metodología de la investigación, 2014, pág. 534).

Para el desarrollo del proyecto “factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y su relación en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander” se adoptó el modelo mixto debido a que la recolección de información se fundamenta en la medición, procesamiento y sistematización de datos numéricos, la cual se realizó a través del instrumentos estandarizado del área disciplinar listado de roles, generando información exacta, efectiva relacionada con los roles ocupacionales laborales, educativo, social y familiar , utilizando el mismo procedimiento para la recolección de datos en la ficha sociodemográfica los cuales parten del análisis de los resultados, a su vez la utilización de la narrativa de vida del instrumento de la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI II como método de recolección de información cualitativa sobre el comportamiento ocupacional en roles ocupacionales y su relación con los factores predisponentes en la aparición de TEPT después de la vivencia de un hecho victimizante, para

así poder comprender el significado o la experiencia del individuo sobre este hecho, generando así la relación entre las variables cuantitativa y cualitativa de la investigación.

Tipo de investigación.

Investigación Descriptiva.

La investigación de tipo descriptivo “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernandez Sampieri , Fernandez Collado, & Baptista Lucio, Metodologia de la investigación, 2014, pág. 79).

Investigación Explorativa.

La investigación exploratoria se efectúa normalmente cuando el objetivo a examinar, un tema o un problema de investigación ha sido poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. (Hernandez Sampieri , Fernandez Collado, & Baptista, Metodologia de la investigacion, 2014, pág. 79).

En consecuencia con lo anteriormente descrito el proyecto de investigación es de tipo descriptivo exploratorio, debido a que se pretende caracterizar y describir los rasgos más relevantes del desempeño en la ejecución de roles ocupacionales de la población víctima del conflicto en relación a la variable de factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático.

A su vez es de tipo exploratorio debido a que dentro de la revisión bibliográfica no se encontró registro de acercamiento desde la profesión de Terapia Ocupacional con la población objeto de estudio, así mismo la variable independiente de factores predisponentes en la aparición de TEPT no ha sido evaluada e investigada desde la disciplina, siendo este un tema adecuado y apto para la investigación desde la ciencia ocupacional, describiendo de esta forma un nuevo fenómeno que aporte a los conocimientos prácticos de la profesión, respondiendo también a las necesidades ocupacionales de las víctimas del conflicto armado.

Análisis cualitativo.

Codificación axial.

Proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías denominado “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones.

En la codificación axial, las categorías se relacionan con sus subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. (Strauss & Corbin, 2002, pág. 134)

Para el análisis cualitativo de los resultados obtenidos por la narrativa del instrumento de la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI II, se utiliza la codificación axial partiendo que desde los datos relatados y analizados se retomaran las sub categorías de los posibles factores de vulnerabilidad, magnitud del estresor y de factores pos trauma detallando las dimensiones y propiedades para la aparición del trastorno por estrés posttraumático para

posteriormente establecer la relación sobre la ejecución de los roles ocupacionales determinando cuales son los factores con mayor riesgo para la aparición de TEPT.

Tabla 4. Codificación axial para el fenómeno de trastorno por estrés postraumático.

FENOMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IMPACTO
Trastorno por estrés postraumático	Vulnerabilidad pre trauma	Historia familiar de desórdenes mentales, genero, traumatización temprana, experiencias negativas parentales.	Desempeño ocupacional- Roles ocupacionales
	Magnitud del estresor	Exposición al evento traumático, afrontamiento	
	Factores pos trauma	Síntomas emergentes, apoyo social	

Fuente: Sánchez, M., 2018

Método fenomenológico.

La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & Garcia Jimenez, 1996, pág. 40).

La fenomenología es de utilidad para el análisis de la narrativa de vida de los individuos , puesto que el terapeuta ocupacional busca conocer los significados que los participantes de la investigación asignan a la experiencia traumática como consecuencia del conflicto armado, para poder interpretar el actuar de la población en relación al desempeño ocupacional e impacto en los roles ocupacionales desde las diferentes perspectivas personales teniendo en común un hecho victimizante.

Triangulación de datos.

Hace referencia a la utilización de diferentes estrategias y fuentes de información sobre un fenómeno, permite contrastar la información recabada (Gaviria & Barroso, 2015, pág. 74)

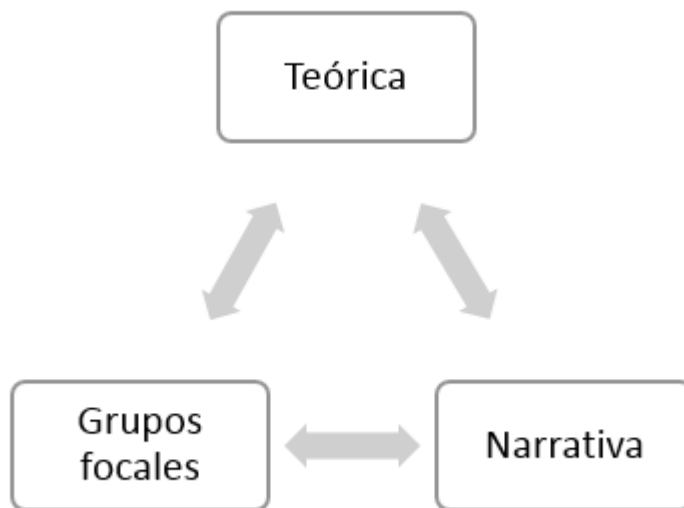


Figura 4. Técnicas utilizadas para triangulación de datos. Fuentes: Sánchez, M., 2018

Para la comprobación de los factores de vulnerabilidad que presentan mayor riesgo para la aparición de trastorno por estrés posttraumático se partió de la triangulación de datos implementando técnicas de tipo teórica, narrativa y grupos focales, en las que se utilizó referentes teóricos como base de la conceptualización realizada respecto a los tres tipos de factores de vulnerabilidad; la narrativa de vida, fue útil como medio para poder captar la información relacionada con los factores predisponentes de TEPT bajo el significado y perspectiva individual de los participantes de la investigación y por último se hizo uso de grupos focales en el que se tomó la discusión colectiva como método de recolección de datos en la que se obtuvo la percepción grupal acerca del tema de interés, centrándose específicamente en el criterio de hecho victimizante y la sintomatología ocasionada debido al evento vivenciado determinando qué factores fueron los más sensibles para el desencadenamiento de la sintomatología de TEPT y que por su presencia presentan un impacto negativo en la ejecución de los roles ocupacionales.

Esta información fue condensada en círculos hermenéuticos, los cuales permitieron identificar la relación de la información de las técnicas usadas en la triangulación de datos.

Población.

Según Tamayo (2012) la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de determinada característica y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación (Tamayo, 1997, pág. 114).

Para el estudio la población definida fue víctimas del conflicto armado en Norte de Santander con hechos victimizantes por desplazamiento forzado, actos terroristas, amenazas, desaparición forzada, homicidio, lesiones personales físicas y en contra de la integridad sexual, lesiones personales psicológicas, minas antipersonas, pérdida de bienes o inmuebles, secuestro, tortura, vinculación de niños y adolescentes que se encontraron caracterizadas en el registro único de víctimas, siendo en total 344.757 identificadas en el departamento bajo los parámetros de la ley 1448 de 2011.

Tabla 5. Características población.

PARTICIPANTES	CARACTERISTICAS	TOTAL
Víctimas del conflicto en Norte de Santander	Desplazamiento forzado de tierras Acto terrorista Amenaza Desaparición forzada Homicidio Integridad sexual Lesiones personales físicas Lesiones personales psicológicas Minas antipersonas Pérdida de bienes o inmuebles	344.757 Víctimas caracterizadas por el RUV en Norte de Santander

Secuestro

Tortura

Vinculación de niños y
adolescentes

Fuente: Sánchez, M, 2018

Muestra.

Sampieri (2014), Subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de esta (Sampieri, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 175).

Muestreo no probabilístico.

Sampieri, Fernández, (2014) Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. (Sampieri, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 175).

Para la presente investigación se hizo uso de la muestra no probabilística debido a que selección de los miembros fue informal, dado que la población presenta un alto grado de vulneración por el hecho victimizante, por lo cual se encuentran amparadas por la ley bajo acuerdos de confidencialidad restringiendo el acceso de la información protegiendo los derechos de los individuos evitando la re victimización, por consiguiente se retomó una muestra de 30 personas mayores de edad que aceptaron voluntariamente la participación de la investigación a las cuales se les asegura que sus datos serán tratados bajo los principios éticos de la terapia ocupacional con fines únicamente investigativos.

Tabla 6. Características muestra.

PARTICIPANTES	CARACTERISTICAS	TOTAL
Desplazamiento forzado de tierras	Individuos mayores de edad pertenecientes a las asociaciones	30
Acto terrorista	adscritas a la alcaldía municipal de	
Amenaza	Pamplona, que acepten	
Desaparición forzada	voluntariamente participar de la	
Homicidio	investigación.	
Integridad sexual		
Lesiones personales físicas		
Lesiones personales psicológicas		
Minas antipersonas		
Perdida de bienes o inmuebles		
Secuestro		
Tortura		
TOTAL		30

Fuente: Sánchez, M., 2018

Tabla 7. Informantes clave, muestra.

Informantes claves		
Número	Característica	Codificación
1	Desplazamiento forzado	Des1
2	Desaparición forzado	Dpf1
3	Acto terrorista	Ater1
4	Amenaza	Ame1
5	Homicidio	Hom1
6	Lesiones físicas	Lef1
7	Minas antipersona	Man1
8	Perdida de inmuebles	Pin1
9	Secuestro	Sec1
10	Tortura	Tor1
11	Delitos contra la libertad y la integridad sexual	Lis1

Fuente: Sánchez, M., 2018

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Son todas las características particulares que debe tener un sujeto u objeto de estudio para que sea parte de la investigación (Gómez, Villasís, & Miranda, 2016, pág. 204).

Criterios de exclusión: Se refiere a las condiciones o características que presentan los participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, que en consecuencia los hacen no elegibles para el estudio (Gómez, Villasís, & Miranda, 2016, pág. 204).

A continuación se describen los criterios de inclusión, exclusión para la presente investigación

Criterios de inclusión.

Individuos víctimas del conflicto armado colombiano.

Individuos mayores de edad.

Individuos caracterizados como víctimas según ley 1448 de 2011.

Individuos pertenecientes a las asociaciones adscritas a la alcaldía municipal de Pamplona.

Individuos caracterizados como víctimas por: Desplazamiento forzado de tierras acto terrorista, amenaza, desaparición forzada, homicidio, integridad sexual, lesiones personales físicas, lesiones personales psicológicas, minas antipersonas, pérdida de bienes o inmuebles, secuestro, tortura.

Criterios de exclusión.

Individuos menores de edad

Individuos víctimas que no se encuentren vinculados a una asociación de víctimas adscrita a la alcaldía municipal de Pamplona.

Técnicas para la recolección de datos.

En opinión de Rodríguez Peñuelas, (2010) las técnicas, “son los medios empleados para recolectar información, entre las que destacan la observación, cuestionario, entrevistas, encuestas” (Rodríguez M. , 2010).

Fuentes primarias de información.

Bounocore define a las fuentes primarias de información como “las que contienen información original no abreviada ni traducida: tesis, libros, nomografías, artículos de revista, manuscritos. Se les llama también fuentes de información de primera mano (Buonocore, 1980, pág. 229).

Para la recolección de información basada en las fuentes primarias de información se hizo uso de la narrativa de vida de los individuos contemplada en la entrevista histórica del desempeño ocupacional y el listado de roles, instrumentos que permitieron obtener información directa y real de la población, la cual posteriormente fue sistematizada para comprender el desempeño ocupacional de las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander.

Fuentes secundarias. “Son compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento en particular (son listados de fuentes primarias). Es decir, reprocessan información de primera mano (Sampieri, 2013, pp.12).

Para la construcción de la investigación se utilizaron fuentes de recolección secundaria, siendo estas, tesis de investigación de pregrado, postgrado y maestría, artículos de investigación,

libros en base a las variables de estudio como por ejemplo: Terapia ocupacional sin fronteras, Willard and Spackman, terapia ocupacional, octava y onceava edición, Terapia Ocupacional en salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal.

Tesis de pregrado como: roles sociales y habilidades de interacción en los adultos mayores de la fundación “casa del samaritano”, roles ocupacionales ejecutados por trabajadoras sexuales y su relación con el comportamiento ocupacional, roles ocupacionales ejecutados por trabajadoras sexuales y su relación con el comportamiento ocupacional, tesis doctorales como: trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género, artículos de investigación como: Participación de terapia ocupacional en contextos de conflicto armado y postconflicto, Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos, entre otros.

Fuentes terciarias. Se trata de documentos que compendian nombres y títulos de revistas y otras publicaciones periódicas, así como nombres de boletines, conferencias y simposios; nombres de empresas, asociaciones industriales y de diversos servicios; títulos de reportes con información gubernamental, catálogos de libros básicos que contienen referencias y datos bibliográficos, y nombres de instituciones nacionales e internacionales al servicio de la investigación. Son útiles para detectar fuentes documentales como organizaciones que realizan o financian estudios, miembros de asociaciones científicas, instituciones de educación superior, agencias informativas y dependencias del gobierno que efectúan investigaciones (Hernandez Sampieri R. , Metodología de la investigación, 2006).

Se retomaron fuentes terciarias de recolección de la información como por ejemplo los informes del centro nacional de memoria histórica, registro nacional de información, registro único de víctimas, encuesta nacional de salud mental del año 2015, estadísticas de la organización mundial de la salud para la construcción del planteamiento del problema y marco teórico.

Instrumentos.

Chávez (2007) medios que utiliza el investigador para medir el comportamiento o atributos de las variables, en la presente investigación se aplicaran los instrumentos de listados de roles, narrativa de vida y ficha sociodemográfica.

Confiabilidad.

Sampieri, (2014) “grado en que un instrumento produce resultados coherentes y consistentes” (Sampieri, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 200).

Validez.

Sampieri, (2014), “Grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se quiere medir” (Sampieri, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 201).

A continuación se describen los instrumentos estandarizados propios de Terapia Ocupacional utilizados para estudiar las variables de: factores predisponentes en la aparición de TEPT en el cual se utilizó el componente de la narrativa de vida de la entrevista histórica del desempeño

ocupacional OPHI II y listado de roles para evaluar la frecuencia y valor de roles laborales, educativos, sociales y familiares de las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander.

Así mismo se utilizó la ficha sociodemográfica para la obtención de datos relacionados con género, edad, la estructuración familiar, lugar de procedencia y residencia, nivel socioeconómico y razón por la cual es considerado víctima del conflicto armado en Norte de Santander.

Listado de roles.

Según Oakley, Kielhofner y Barris (1985) el Listado de Roles es un listado que se completa a lápiz, requiere aproximadamente de 15 minutos para su administración, y es apropiado para ser usado con adolescentes, adultos o personas de la tercera edad. El listado está dividido en 2 partes. La primera parte evalúa, a través de un continuo temporal, los roles que más han servido para organizar la vida diaria del individuo. La segunda parte permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol.

Por lo tanto este listado aporta a la identificación de si es que la persona ha desempeñado, desempeña, e identifica desempeñando determinado número de roles en el futuro, aporta a comprender la congruencia entre los roles desempeñados y el valor asignado a éstos y su impacto en la satisfacción ocupacional, como así el balance de estos roles en la organización de una rutina satisfactoria, mostrando ya sea una ausencia o presencia de roles significativos, congruencia entre el deseo de participar en roles y las capacidades reales de la persona.

Las personas son instruidas en cómo marcar apropiadamente en las columnas aquellos roles en los que se han desempeñado, o participan en el presente, y/o planifican desempeñar a futuro. Se puede marcar más de una columna por cada rol.

Fiabilidad: La mayor parte del trabajo psicométrico sobre el listado de roles se llevó a cabo durante el desarrollo del instrumento. La validez de contenido se estableció mediante una revisión extensa de la literatura y por una revisión efectuada por un panel de terapeutas ocupacionales, que condujo a revisiones de ciertos aspectos del listado. Las medidas iniciales de confiabilidad de la prueba nueva, prueba indicaron que el instrumento era estable en el tiempo con adolescentes y adultos (Oakley, Kielhofner, Barris y Reichler, 1986).

El listado de roles se ha utilizado con frecuencia en investigación, muchos de estos estudios utilizan el listado como medición de desempeño de roles o valor que se demostró que estaba asociado con la orientación y la satisfacción de vidas futuras. Algunos estudios también mostraron diferencias en los roles entre las personas con discapacidad y sin ellas, examinaron el impacto de la incapacidad de un niño sobre el rol de la madre e investigaron los efectos en largo plazo de la lesión encefálica traumática sobre los roles de los cuidadores (Kielhofner, 2004.).

Entrevista histórica del desempeño ocupacional OPH II.

Según Kielhofner y Cols, (2004) está diseñada para brindar al entrevistador un medio para comprender la forma en una persona percibe que se despliega su vida (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011, pág. 266), la OPHI II está diseñado como tal, para dar voz a la perspectiva del usuario y darle un rol en la determinación de objetivos y estrategias terapéuticas.

La OPHI II es un instrumento de evaluación de tres partes que incluye:

Una entrevista semiestructurada que explora la historia de la vida ocupacional de una persona

Una escala de puntuación que proporciona una medición de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional, y el impacto de los contextos ambientales ocupacionales de la persona.

Una narrativa de la historia de vida diseñada para capturar las características cualitativas sobre salientes de la historia ocupacional

El terapeuta comienza llevando a cabo la entrevista, que toma aproximadamente entre 45 y 60 minutos completarla. Después de la entrevista el terapeuta califica las tres escalas de evaluación que consisten en un total de 29 ítems, otorgando un puntaje a cada ítem con una puntuación de cuatro puntos, que indica el nivel de adaptación ocupacional / impacto ambiental. Finalmente se completa el formulario de narrativa de la historia de vida, que se utiliza para comunicar información cualitativa de la entrevista.

Para a investigación se retomará la narrativa de vida como medio para determinar los factores predisponentes en la aparición de TEPT identificando cuales son más representativos y con mayor incidencia en el desempeño ocupacional.

Narrativa de vida.

“Es un proceso interpretativo que involucra seleccionar aspectos de una experiencia pasada y presentar esa experiencia a otro en el presente. Las narraciones cuentan historias desde el punto de vista del autor y ofrecen historias contrapuestas a las narraciones dominantes sobre la discapacidad física, salud mental, y el cuidado del otro.” (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2016, pág. 97).

La narrativa consiste en una entrevista semiestructurada que implica la conducción de la conversación con el cliente para aprender acerca de su historia de vida ocupacional.

Fiabilidad: Kielhofner y Henry (1988) observaron que una puntuación total obtenida a partir de la escala de evaluación OPHI original era solo marginalmente estable entre los evaluadores y

a través del tiempo. Un segundo estudio (Kielhofner, Henry, Walens y Rogers, 1991) intento mejorar la fiabilidad mediante el desarrollo de pautas más específicas para la puntuación. Este estudio hallo que la puntuación total en la escala era aceptablemente estable. Gutkowski (1992) diseño y estudio una escala OPHI revisada, pero no pudo mejorar más la confiabilidad.

Dos estudios aportaron evidencia de la validez concurrente y predictiva de la OPHI (Henry, Tohen, Coster y Tickle-Degnen, 1995). Mallinson, Mahaffey y Kielhofner (1998) examinaron la validez interna y observaron que los ítems de la escala OPHI revisada mostraban tres constructos subyacentes: competencia, identidad e impacto ambiental. Este hallazgo apporto la base para crear las tres escalas que comprenden la OPHI-II.

Dos estudios examinaron la información cualitativa de la OPHI. Kielhofner y Mallinson (1995) observaron que los tipos de preguntas recomendadas en la OPHI original y utilizadas por los terapeutas a menudo impedían que los entrevistadores aportaron datos narrativos más enriquecedores. Sobre la base de esto, recomendaron cambios que se incorporaron en la entrevista OPHI-II. Mallinson, Kielhofner y Mattingly (1996) observaron que los entrevistados a menudo narraban sus historias de vida evocando metáforas como forma de comprender el sentido de sus situaciones vitales. Estos hallazgos se reflejan en el análisis narrativo de la OPHI-II.

Los hallazgos acumulativos a partir de estudios previos de la OPHI aportaron un fundamento sustancial para crear la OPHI-II. Kielhofner, Mallinson, Forsyth y Lai (2001) llevaron a cabo un estudio internacional que utilizo seis versiones en idiomas diferentes de la OPHI-II. Estos autores observaron que las tres escalas evaluaban en forma valida y sensible una amplia gama de personas que variaban en nacionalidad, cultura, edad y condición diagnostica.

Los evaluadores en este estudio, que aprendieron la OPHI-II de distintas formas incluido el estudio del manual, pudieron evaluar válidamente a las personas.

Ficha sociodemográfica.

La ficha sociodemográfica es un perfil de los rasgos generales que definen la identidad de un individuo o población, hace alusión al tamaño y las características generales de un grupo de población determinad.

La presente ficha sociodemográfica incluye aspectos relevantes para la caracterización de la población víctima de conflicto en norte de Santander como l es edad, genero, ocupación, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad. Esta ficha se diligencia en esfero de color negro, marcando los espacios seleccionados, Su aplicación lleva diez minutos, esta ficha es diligenciada por los individuos que hacen parte de la muestra objeto de estudio. (Ver Apéndice D).

Capítulo IV

Resultados

Teniendo en cuenta la aplicación de los instrumentos de listado de roles, entrevista histórica del desempeño ocupacional (OPHI II) y los parámetros del diseño metodológico se obtuvo información pertinente para describir las variables independiente (Trastorno por estrés postraumático), dependiente (roles ocupacionales) y ajena (víctimas del conflicto armado).

Para el tratamiento y análisis de información cuantitativa relacionada con los datos sociodemográficos y listado de roles se hizo uso del paquete SPSS Statistics 23 – programa estadístico para las ciencias sociales, siendo flexible con relación al análisis estadístico y gestión de información que permitió trabajar con datos procedentes de los distintos instrumentos, generando sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos permitiendo descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables.

Por otra parte, para la obtención de resultados y análisis de datos cualitativos relacionados con los factores predisponentes en el trastorno por estrés postraumático se empleó la triangulación de datos que permitió describir los factores de mayor riesgo para la aparición del trastorno mental partiendo de fundamentos teóricos, grupos focales y la entrevista a informantes claves.

De igual forma se estableció la influencia en los factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés postraumático y los roles ocupacionales a través de la descripción en la discusión de resultados.

Resultados ficha sociodemográfica

Tabla 8. Distribución porcentual según edad

	Edad	
	Frecuencia	Porcentaje
18-28 años	4	13%
29- 39 años	4	13%
40-50 años	5	17%
51- 61 años	8	27%
62-72 años	7	23%
73- 83 años	2	7%

Fuente: Sánchez, M., 2018

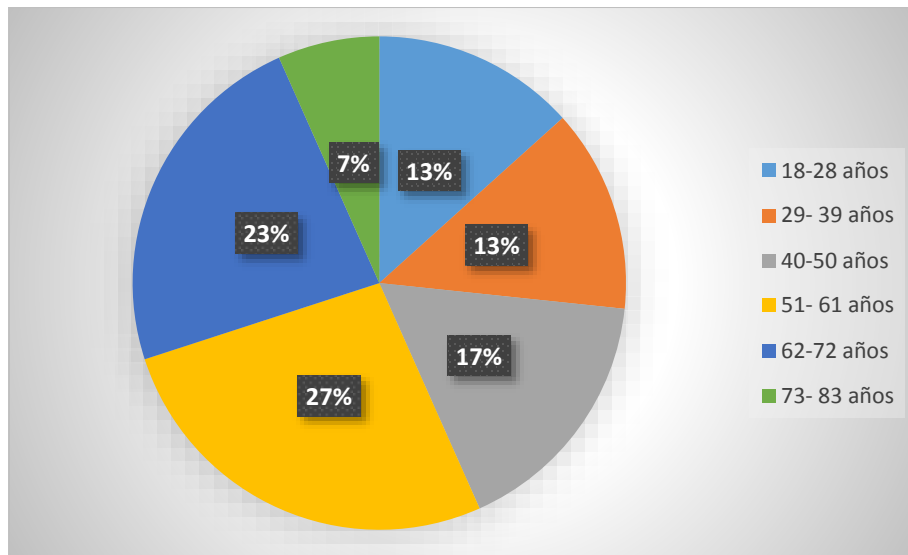


Figura 5. Edad. Fuente: Sánchez, M., 2018

Las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 18 y 74 años, lo que permite establecer una proporción semejante a la frecuencia del total nacional de víctimas registradas, teniendo en cuenta que según la Red Nacional de Información (2018) la mayor cantidad de víctimas se encuentra registradas en el rango de 40 a 83 años correspondiendo a un 74% de la población. Las edades con mayor incidencia corresponden a un rango de 51 a 61 años en un 27%, 62-72 años en un 23% y un 17% para las edades comprendidas entre los 40 a 50 años.

Es de tener en cuenta que el rango de edad también está determinado por la característica de que 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, (ley 1448, República de Colombia, 2011) puesto que la mayoría de individuos pertenecientes a la investigación son declarados víctimas por daños a un familiar en otras palabras por exposición indirecta, por los diferentes hechos victimizantes hace que la etapa de vida prevalente se encuentre entre adultez y adultez mayor, entendiendo que la etapa adulta se caracteriza por distintos roles prescritos socialmente elegidos en forma individual que estructuran la vida diaria proporcionando identidad.

Las transiciones típicas de los roles del adulto incluyen la iniciación o la finalización de parejas, paternidad, cambios de roles laborales y participación en organizaciones cívicas y sociales (Kielhofner, Modelo de la ocupación Humana, 2011, pág. 134) lo que implica que el vivenciar un suceso violento en esta edad tendrá un impacto negativo en la ejecución e identificación de los roles familiares, sociales, y laborales respecto a significancia y sentido de

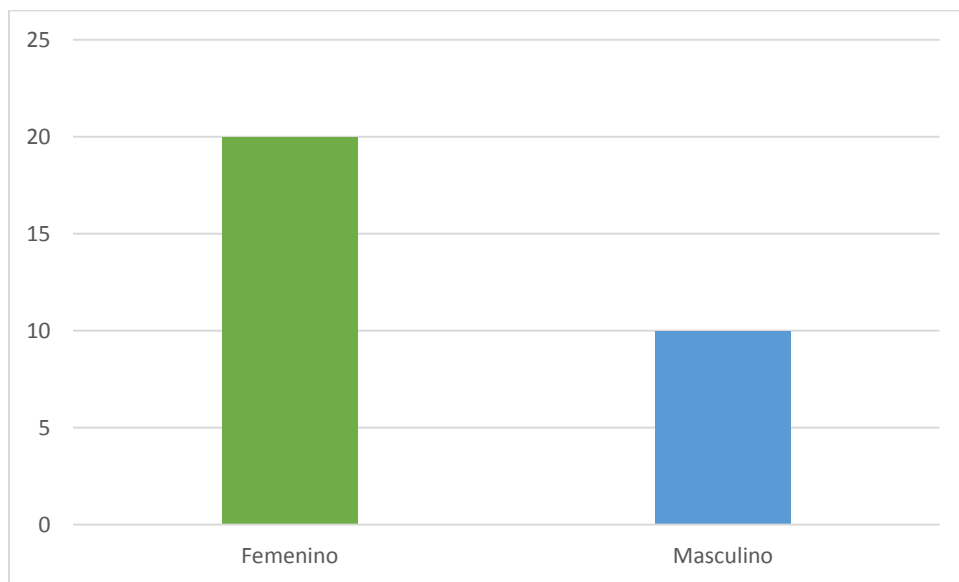
eficacia, por otro lado la ocurrencia de un evento violento en la adultez mayor puede llevar a cabo roles que ya no están acorde sus intereses y capacidades físicas, como el rol de trabajador y proveedor de cuidados, teniendo en cuenta que esta etapa está determinada hacia la jubilación y el cambio de roles relacionados hacia las relaciones familiares y sociales (Cutler,1989).

Tabla 9. Distribución porcentual según género

		Género	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	20	66,7
	Masculino	10	33,3
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

Tabla 10. Género



Fuente: Sánchez, M., 2018

Según el Auto 092 de 2008, las mujeres están expuestas en el marco del conflicto armado a diez (10) riesgos de género que han sido identificados por La Corte Constitucional en el marco del conflicto armado colombiano.

Los cuales son: (i) violencia sexual, explotación sexual o abuso sexual; (ii) explotación o esclavización para ejercer labores domésticas y roles considerados femeninos en una sociedad con rasgos patriarcales, por parte de los actores armados ilegales; (iii) reclutamiento forzado de sus hijos e hijas por los actores armados al margen de la ley, (iv) contacto o de las relaciones familiares o personales -voluntarias, accidentales o presuntas- con los integrantes de alguno de los grupos armados ilegales, o fuerza pública (v) pertenencia a organizaciones sociales, comunitarias o políticas de mujeres, o de sus labores de liderazgo y promoción de los derechos humanos, (vi) persecución y asesinato por las estrategias de control coercitivo; (vii) asesinato o desaparición de su proveedor económico o por la desintegración de sus grupos familiares y de sus redes de apoyo material y social; (viii) despojo de sus tierras y su patrimonio con mayor facilidad por los actores armados ilegales; (ix) condición de discriminación y vulnerabilidad acentuada de las mujeres indígenas y afrodescendientes; y (x) pérdida o ausencia de su compañero o proveedor económico durante el proceso de desplazamiento.

Por lo anterior se evidencia que hay mayor predisposición de las mujeres a ser víctimas del conflicto armado, por ende y para la presente investigación se puede determinar que por género hay mayor victimización en mujeres de un 66,7% y un 33,3% de hombres, sin embargo es importante aclarar que esta caracterización está dada a nivel de participación en asociaciones y no por declaración de victimización en Norte de Santander.

El alto grado de prevalencia de participantes de género femenino indica un factor de predisposición ante el trastorno por estrés posttraumático pues se ha demostrado que el género

femenino guarda mayor relación al TEPT por perspectivas biológicas, feministas psicodinámicas y sociales cognitivas, debido a que la mujer reacciona de manera depresiva a sus problemas (Morand ,1997) lo que puede desencadenar a un cuadro característico del TEPT a causa del elemento fijador.

Tabla 11. Distribución porcentual según estado civil

Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero	7	23,3
	Casado	11	36,7
	Viudo	4	13,3
	Unión libre	8	26,7
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

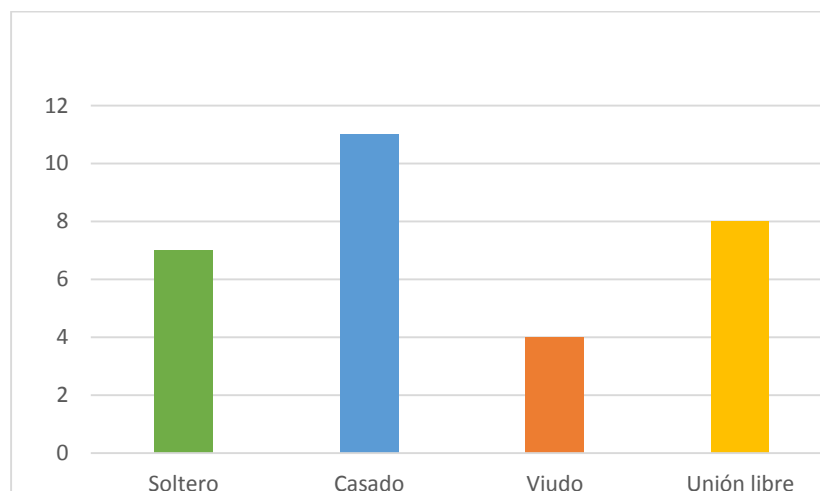


Figura 6. Estado civil. Fuente: Sánchez, M., 2018

Las transiciones típicas de los roles del adulto incluyen la iniciación o finalización de pareja, la paternidad y cambio de roles laborales. (Kielhofner ,2011), de igual forma la transición del estado civil de una persona también puede cambiar por la vivencia de un evento violento, debido a un homicidio el estado civil cambia de casado a viudo, de otra perspectiva se puede desestructurar el hogar y con ello la relación de pareja cambiando de casado a soltero, o por el contrario se pueden afianzar los lazos emocionales, conllevando a un matrimonio, también se puede mantener el estado de casado o de unión libre.

En la presente investigación después de un evento victimizante se identificó la siguiente frecuencia en porcentaje, personas solteras 23,3% debido a que se encuentran en el inicio de la etapa de adultez y están en la búsqueda de roles familiares (Kielhofner, Modelo de la ocupacion Humana, 2011), casado 36,7% haciendo hincapié en que la familia o la pareja se convierte en un apoyo emocional y de superación, viudo 13,3% a causa de homicidio por hecho victimizante a causa del conflicto armado y un 26,7% unión libre.

El estado civil se relaciona directamente con el núcleo familiar, el que partiendo del hecho victimizante puede fortalecer los vínculos o por el contrario debilitarlos lo que puede representar un factor de vulnerabilidad o de protección ante el trastorno por estrés posttraumático pues esta es considerada como una red de apoyo en la que los individuos reconocen la misma como fuente de apoyo y de comprensión (Beristain, 2000). Por ende el fortalecimiento de estos vínculos a través del estado civil pueden potenciar la rehabilitación de un individuo o por el contrario verla dificultada.

Tabla 12. Distribución porcentual según tipo de familia

		Tipo de familia	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nuclear	15	50,0
	Extensa	14	46,7
	Compue sta	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

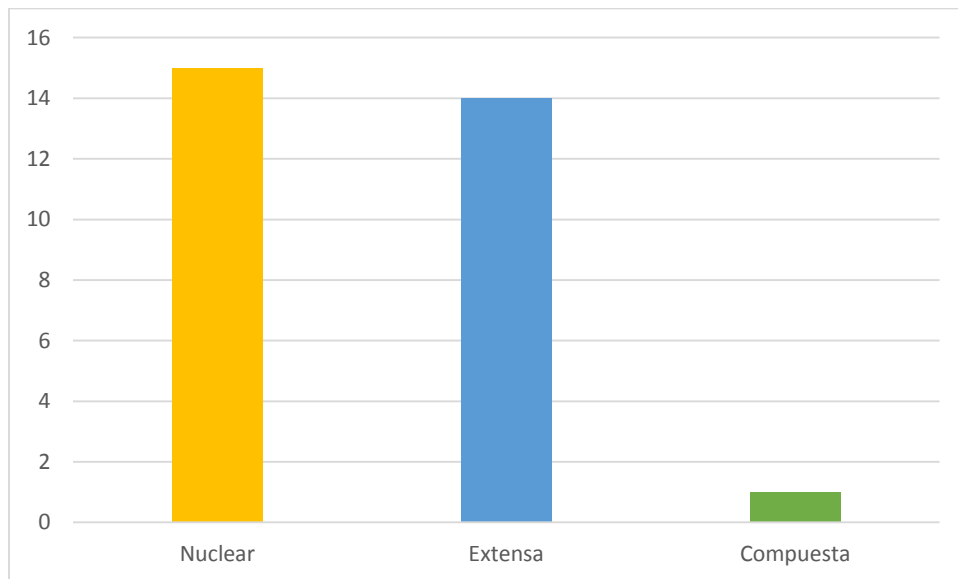


Figura 7. Tipo de familia. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 50% de las víctimas del conflicto armado pertenece a una familia de tipo nuclear, después del evento traumático y violento la familia se ha convertido en una de las principales fuentes de apoyo así mismo uno de los principales motivantes para afrontar la situación y seguir adelante con el proyecto de vida, el 50% restante se divide en un 46,7% para familias de tipo extensa y un

3,3% para familias compuestas pues la dinámica del conflicto armado colombiano contribuye a desintegrar el hogar; a generar rupturas familiares, separaciones y quebrantamientos de lazos afectivos; y a que emerjan familias atípicas, las cuales han dejado de ser la excepción para convertirse en una realidad social.

En muchos casos producto de un reajuste familiar, como consecuencia de los mencionados contextos de violencia, y de todo tipo de violaciones a los derechos humanos que impactan devastadoramente el núcleo de las familias colombianas (Barajas, 2015).

Las consecuencias familiares por hecho violento en la familia pueden configurarse en un factor protector o por el contrario factor de riesgo debido a que la familia es el círculo social más cercano a un individuo, en el que encuentra apoyo emocional, de igual forma se puede considerar un motivante de superación ante determinada crisis, pues lo esencial para el individuo es sentirse aceptado y con la percepción de que los otros servirán de soporte (Saon, Pierce & Sarason, 1990), por el contrario verse desprotegido ante un evento, convivir con miembros diferentes a los que se convivían anteriormente puede aumentar la probabilidad de contraer síntomas de TEPT de estado emocional negativo, de igual forma dificultades de adaptación ante un nuevo contexto social.

Tabla 13. Distribución porcentual según lugar de origen

		Lugar de origen	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Cacota	1	3,3
	Chitaga	2	6,7
	Cúcuta	5	16,7
	Cucutilla	1	3,3

Florida	1	3,3
Blanca		
Málaga	1	3,3
Mutiscua	2	6,7
Pamplona	14	46,6
Silos	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

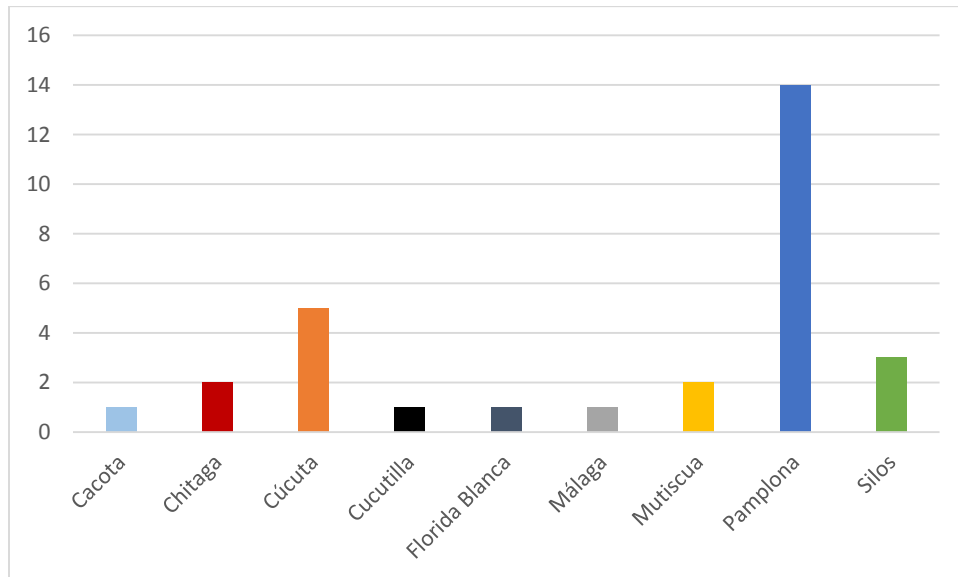


Figura 8. Lugar de nacimiento. Fuente: Sánchez, M., 2018

En los resultados obtenidos se pudo determinar que el municipio con mayor natalidad se encuentra Pamplona con un 46,6% seguido de Cúcuta de un 16,7%, silos 10%, Mutiscua 6,7% y Cacota, Cucutilla, Málaga, Florida Blanca, Silos de un 3,3% para cada uno, siendo el departamento con mayor natalidad Norte de Santander en un 93,4% ,seguido de Santander con

un 6,6% sin embargo los lugares de origen no se han mantenido excepto para Pamplona ya que según la observación más actualizada del monitor de eventos de conflicto (2016).

Norte de Santander presenta alta incidencia de violencia, además se concentraron gran parte de actos relacionados con homicidios, desplazamientos y secuestros, pues debido al evento violento los individuos se han tenido que desplazar, siendo Pamplona recepcionista de esta población lo que limita el desempeño, participación en diferentes roles que el individuo ejecutaba en un tiempo anterior al suceso violento, debido a que el desplazarse a un nuevo entorno y desconocido trae como consecuencia dificultades para adaptarse laboral, escolar, social y culturalmente.

El entorno puede poner límites o dirigir fuertemente la acción (Dunn y Cols 1994, Law y Cols, 1980) puesto que un desplazamiento requiere el responder a las demandas de un nuevo contexto que puede conllevar a la modificación del desarrollo de los hábitos y los roles.

Tabla 14. Distribución porcentual según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguna	2	6,7
	Primaria	13	43,3
	Secundaria	8	26,7
	Técnica	3	10,0
	Universitaria	4	13,3

Total

30

100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018.

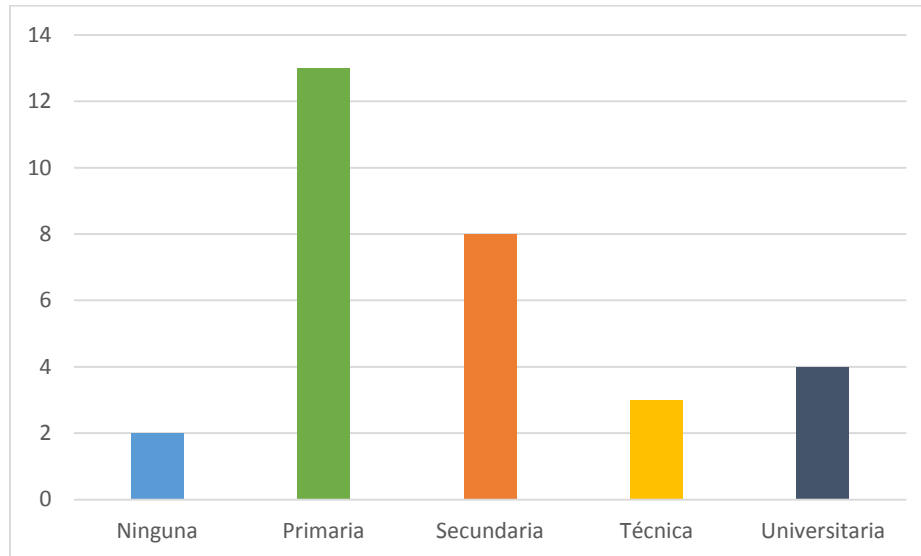


Figura 9. Nivel de escolaridad. Fuente: Sánchez, M., 2018

El nivel educativo de víctimas del conflicto armado se presenta desde ningún tipo de educación hasta formación universitaria, correspondiendo a un 6,7% a la clasificación de ningún nivel educativo, un 43,3% para primaria, 26,7% secundaria, la mayoría de individuos de forma incompleta, 10% técnica y un 13,3 % formación universitaria. Los resultados anteriores se pueden relacionar con la capacidad económica para continuar con niveles educativos más altos, a su vez, a consecuencia de algunos de los hechos victimizantes los individuos no pudieron continuar sus estudios por desplazamiento, amenaza, lesiones físicas, de igual forma y en concordancia a (Kielhorner, 2006) los individuos realizan lo que consideran importante y significativo, también se puede inferir que los individuos en la etapa después de la infancia no consideraban significativo estudiar, por lo que encontraban más beneficios en adquirir una labor y aportar económicamente a sus hogares, lo que representa una alienación ocupacional respecto a

los roles de estudio y trabajo puesto que el individuo debía asumir roles de una etapa de vida más avanzada que no correspondía al ciclo vital actual, lo que iba en contra del disfrute y los intereses del individuo.

Tabla 15. Distribución porcentual según estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	15	50,0
	2	12	40,0
	3	3	10,0
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

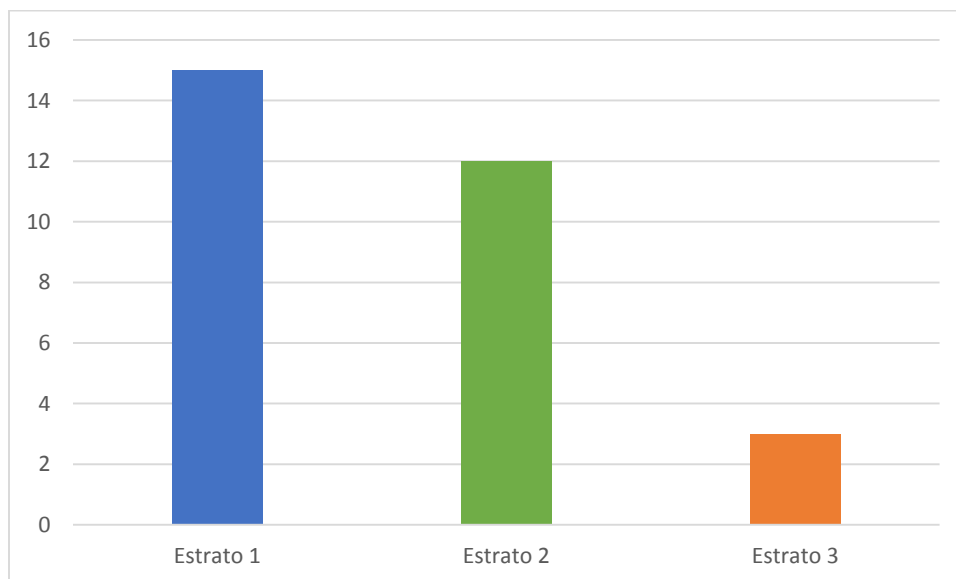


Figura 10. Estrato socioeconómico. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 35,5 % de la población víctima en el contexto nacional se encuentra en situación de pobreza extrema (DANE, 2013), lo que permitió identificar por que las personas víctimas del conflicto armado se encuentran caracterizados dentro de los niveles socioeconómicos más bajo como nivel uno con un 50% y dos con un 40% y por último nivel tres en 10%, esto se explica debido a las pocas opciones de acceso a un trabajo formal, los bajos niveles educativos de la población y debido al desplazamiento de los individuos a causa de los diferentes hechos victimizantes.

Las personas con un bajo nivel socioeconómico han sido asociadas con una mayor exposición a peligros físicos (Calnan y Jonson, 1985) lo que se puede definir como un factor de riesgo para la aparición de trastorno por estrés posttraumático debido a que estas comunidades están expuestas a mayores actos violentos, puesto que cuentan con menos recursos para enfrentar las situaciones, de igual forma la accesibilidad de grupos de voluntarios o de redes de apoyo se ve dificultades por la ubicación de las viviendas y dificultades de movilidad.

Tabla 16. Distribución porcentual según tipo de trabajo

Tiene trabajo formal, informal, no trabaja		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Trabajo formal	2	6,7
	Trabajo Informal	10	33,3
	No trabaja	18	60,0
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

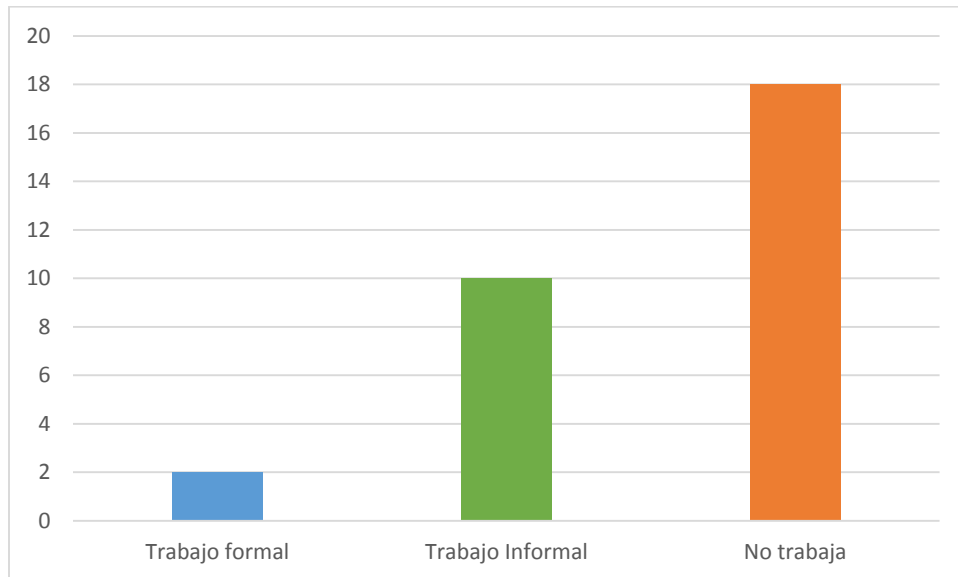


Figura 11. Tipo de trabajo. Fuente: Sánchez, M., 2018

El DANE, en la encuesta nacional de víctimas (2013) establece que la tasa de ocupación de la población víctima del conflicto en Colombia es de 44%, sin embargo, la informalidad representa más del 93% del empleo en esta población, a partir de lo anterior se puede establecer la semejanza con los resultados obtenidos en contraste con los datos nacionales, puesto que el porcentaje de trabajo se establece en un 40%, y un 60% del no trabajo, no obstante las cifras de ocupación para trabajo informal (33,3%) son mayores que las del trabajo formal (6,7%).

La condición de trabajo en las víctimas del conflicto armado de Norte de Santander está relacionada a la edad, debido a que la mayoría de personas se encuentran en la adultez y adultez mayor por lo que son menores las posibilidades de encontrar un trabajo, lo que puede generar dificultades en la causalidad personal, específicamente en el sentido de capacidad personal y la auto eficiencia lo que puede aumentar la sintomatología emergente respecto estado de ánimo negativo generando mayor predisposición en la aparición del trastorno por estrés posttraumático,

de igual manera algunos de los sujetos realizaban sus labores productivas en contextos rurales, las que no pueden ejecutar en el contexto urbano debido a la condición de victimización.

El trabajo informal está relacionado con la realización de alimentos, artesanías, construcción de edificaciones y venta de catálogos.

Tabla 17. Distribución porcentual según beneficio económico

		Beneficio económico	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	17	56,7
	no	13	43,3
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

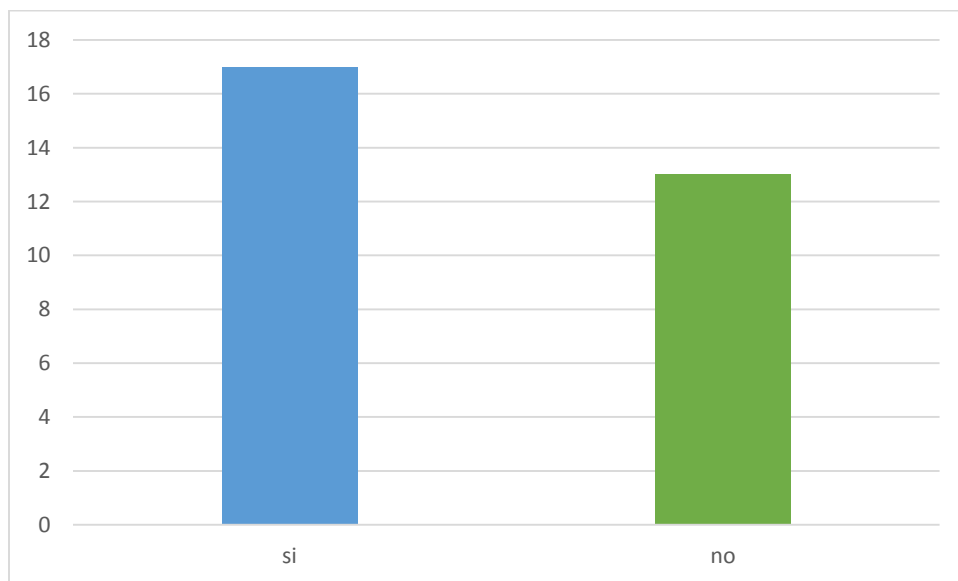


Figura 12. Beneficio económico. Fuente: Sánchez, M., 2018

Las víctimas del conflicto armado que reciben un beneficio económico equivale al 56,7% de la población y un 43,3% no reciben algún beneficio de tipo económico, lo que en relación al DANE (2013) y el establecimiento de la tasa de empleo de la población víctima corresponde a un 44% de ocupación y de informalidad en un 93% se puede concluir que los beneficios económicos no están siendo en su totalidad a causa de un trabajo, por el contrario este tipo de beneficio se genera a apoyo de familiares, apoyo del estado por pertenecer a adulto mayor o por condición de víctima, sin embargo este beneficio económico no es significativo para cubrir todas las necesidades del individuo y su núcleo familiar.

La disposición de un recurso económico se puede configurar como un factor de riesgo para la aparición de un trastorno mental, debido a que entre menor sea el recurso económico menor es la posibilidad de acceder a los diferentes servicios de salud, de apoyo social y humanitaria lo que disminuye a su vez la posibilidad de prevenir el trastorno mental y los síntomas emergentes del trastorno por estrés postraumático.

Tabla 18. Distribución porcentual según hecho victimizante

HECHO VICTIMIZANTE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
Desplazamiento	12	28%
Desaparicion forzada	2	5%
Acto terrorista	1	2%
Amenaza	5	12%
Homicidio	15	35%
Lesiones fisicas	1	2%
Minas antipersona	1	2%
Perdida de inmuebles	5	12%
Secuestro	1	2%
Tortura	0	0%
Libertad I. Sexual	0	0%

Fuente: Sánchez, M., 2018

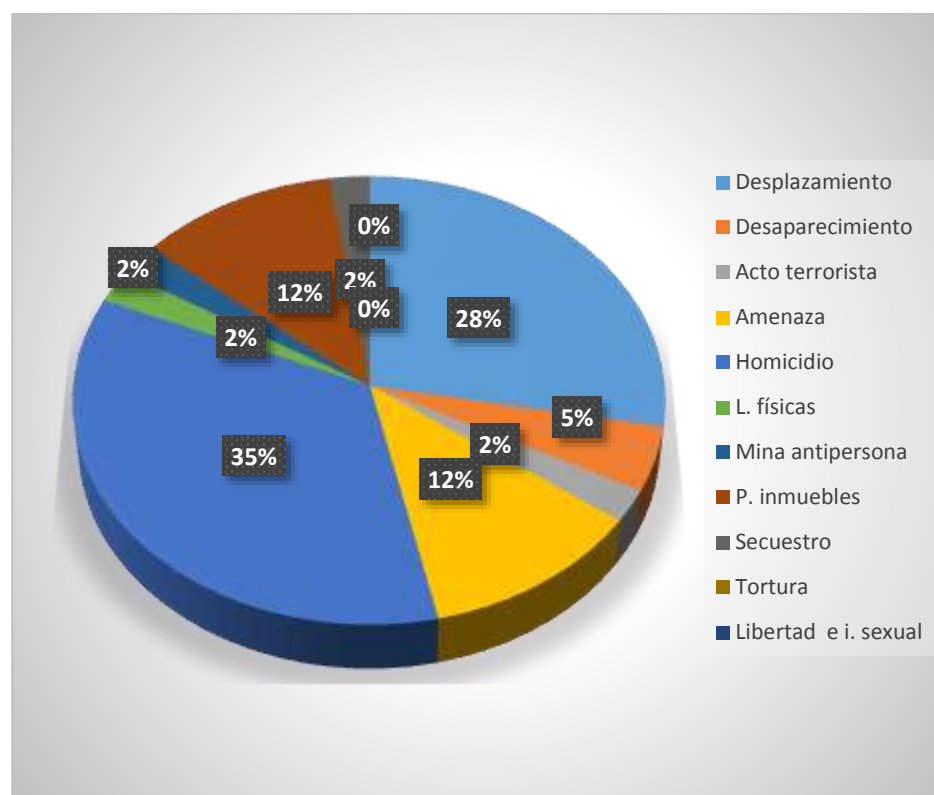


Figura 13. Hecho victimizante. Fuente: Sánchez, M., 2018

Entre los hechos a los que han estado expuestos las víctimas en Colombia se encuentran los homicidios perpetrados contra comunidades a fin de causar su desplazamiento, los actos de tortura, tratos crueles, degradantes e inhumanos, el secuestro y los secuestros colectivos como tácticas de guerra, la desaparición forzada, las tomas armadas de diferentes poblaciones, las masacres indiscriminadas de civiles, el desplazamiento forzado masivo, los ataques, masacres y homicidios, los delitos contra la libertad, la integridad sexual y la violencia de género, las minas antipersonales, el reclutamiento forzado y de menores, y el abandono o despojo forzado de tierras (Ley 1448 de 2011; UARIV, 2012).

El registro nacional de información (2018) presenta que el hecho violento con mayor cantidad de víctimas a nivel nacional es el desplazamiento forzado, seguido de homicidio, amenaza, desaparición forzada, pérdida de inmuebles, acto terrorista, delitos contra la libertad y la integridad sexual, Lesiones Personales Físicas, sin embargo en la presente investigación se presentan los siguientes resultados: homicidio 50%, desplazamiento forzado 40%, pérdida de inmuebles 16,7%, amenaza 16,7%, desaparecimiento forzado 3,3%, secuestro 3,3%, minas antipersona 3,3%, lesiones físicas 3,3% y sin reporte tortura 0% y lesiones contra la libertad e integridad sexual 0%, siendo los derechos más afectados en orden, derecho a la vida, integridad y libertad de los individuos.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la dimensión del evento traumático es proporcional a los acontecimientos que implican la vivencia estresante a la que fueron expuestos los individuos, (Beristain, 2000) se pudo inferir que la persona que fue expuesta a un evento violento de forma indirecta presenta menor predisposición que una persona que de forma directa ha experimentado un hecho violento, lo que representaría mayores implicaciones en la participación y ejecución de los roles familiares, sociales, laborales y comunitarios.

Resultados listado de roles

Tabla 19. Distribución porcentual según identidad del rol de estudiante

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Futuro						
Si	28	67%	3	7%	11	26%		100%	
No	2	5%	27	47%	19	48%		100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018



Figura 14. Identidad del rol de estudiante. Fuente: Sánchez, M., 2018

Los roles son la asimilación de un estatus social o personalmente definido y correspondiente conjunto de acciones y actitudes asociadas (Millares, Modelo de la ocupacion humana, 2017, pág. 202), La AOTA (2008) define educación como las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente, por ende el rol de estudiante puede ser definido como la realización de acciones encaminadas hacia el aprendizaje académico y personal, pudiendo ser este formal o informal.

Partiendo de lo anterior y de la aplicación del listado de roles se estableció mediante el análisis de identidad de rol de estudiante que el 67% ejecuto el rol en el pasado teniendo en cuenta que estudiar hasta la primaria era un nivel educativo suficiente, un 5% no lo ejecutó, en el presente un 7% lo ejecuta y un 47% no lo ejecuta, siendo mayor la frecuencia de no ejecución debido a la etapa de vida en la que se encuentran los individuos, y un 26% proyecta ejecutarlo, comparado con un 48% que no desea realizarlo, siendo mayor también la cantidad de individuos que no desean ejecutarlo debido a los intereses propios de la edad, determinando que este rol hace parte de una etapa del pasado para la población, especialmente en la etapa de infancia, en la cual se cumplía este rol en termino hasta la primaria y mitad de secundaria, debido a factores económicos, agregando también que a partir de los diferentes hechos violentos los individuos asumían tempranamente un rol productivo para poder subsanar las necesidades básicas en alimentación, vivienda y vestido. Se evidencia una perspectiva de ejecución del rol escolar, encaminada específicamente hacia la educación informal que les permite aprender diferentes oficios en artes, cocina, entre otros, y a través de los productos de lo aprendido a largo plazo les permite generar ingresos para cubrir algunas necesidades.

Tabla 20. Designación de valor del rol estudiante

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valioso	1	3%
	Con algún valor de importancia	6	20%
	Muy valioso	23	77%
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

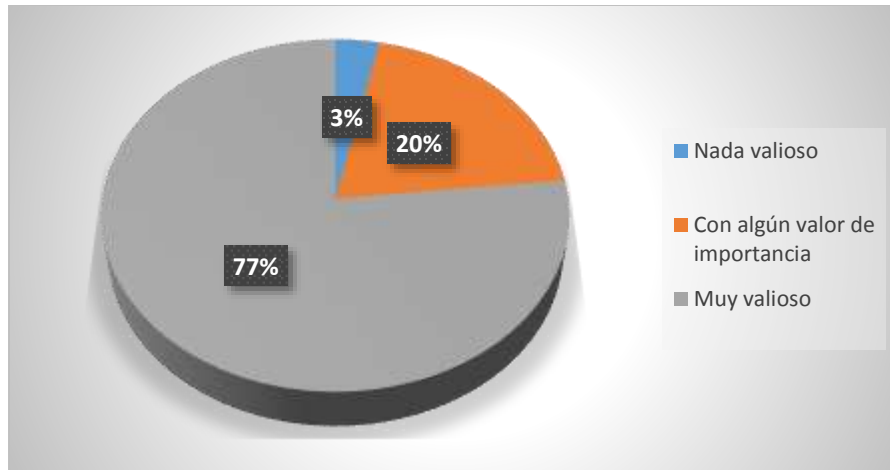


Figura 15. Designación del valor de estudiante. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 3 % de la población asignó un valor de nada valioso al rol de estudiante, un 20 % con alguna importancia y un 77% como muy valioso. Los valores comprometen a las personas a la acción (Bruner, 1990; Fein, 1990) se considera en un alto grado muy valioso para los individuos significando un sentido de dominio sobre el entorno, que permite acceder a mejores oportunidades para el mejoramiento del bienestar y calidad de vida, los individuos también asignan un alto grado de importancia puesto que identifican que debido al nivel educativo se ha limitado la participación en roles laborales después del evento violento, ya que hay menos accesibilidad a oportunidades laborales formales, presentando mayor dificultad en la adaptación a nuevos contextos de vivienda y cultura.

Tabla 21. Distribución porcentual según Identidad del rol de trabajador

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Futuro	Total	Pasado	Presente	Futuro		
Si	27	15	20	44%	24%	32%	100%	100%	
No	3	15	10	11%	53%	36%	100%	100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018

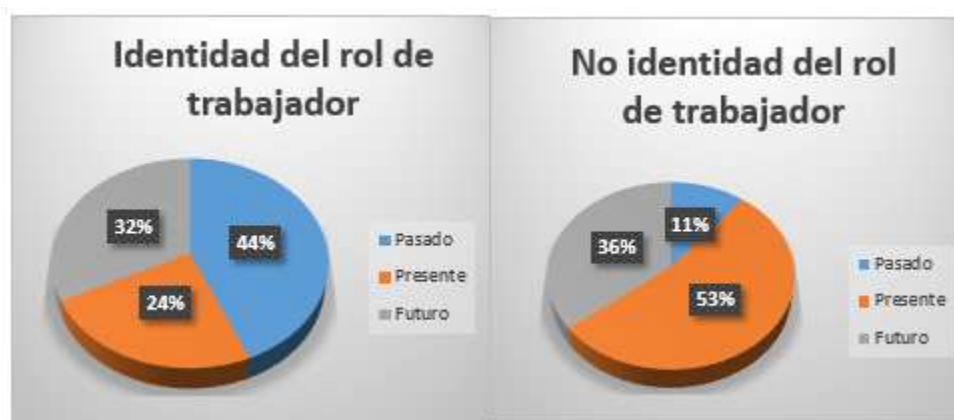


Figura 16. Identidad del rol de estudiante. Fuente: Sánchez, M., 2018

El trabajo es definido por el Webster's universal college dictionary como la puja o el esfuerzo dirigidos a producir o lograr algo (pp.906). En terapia ocupacional, el enfoque está dirigido más al valor intrínseco del trabajo como una ocupación significativa (King & Olson, 2011).

Al analizar la identidad del rol como trabajador, se estableció que el 44% (27 individuos) ejecutaron el rol en el pasado, 11% no lo ejecuto (3 individuos),siendo mayor el porcentaje de ejecución debido a que el trabajo representa un medio de sustento económico, el 24% (15 individuos) lo realiza en el presente y 53% (15 individuos) no lo realiza debido a la edad actual,

sin embargo las personas que lo ejecutan lo realizan de manera informal, por último el 32% espera asumirlo en el futuro y el valor restante de 36% no se proyecta en su realización.

El rol productivo para las víctimas del conflicto armado en norte de Santander se ha visto influenciado en su ejecución en el tiempo debido a factores como el cambio de contexto, debido que por el hecho victimizante los individuos han tenido que abandonar sus lugares de origen, desplazándose al casco urbano y rural de la región, obligándolos a adaptarse a nuevas formas de trabajo (formal e informal) las cuales no son significativas en su realización, debido a que no están acorde a sus conocimientos, habilidades e intereses, conllevando a una alienación ocupacional.

La ejecución de este rol también ha cambiado debido a la edad de la población, pues los participantes están en un rango de edad perteneciente a la etapa de adulto mayor, lo cual no permite la realización de la actividad, tanto por capacidades físicas, como por las condiciones laborales solicitadas para la adquisición de un trabajo formal.

Tabla 22. Distribución porcentual según Designación de valor del rol trabajador

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valioso	1	3%
	Con algún valor de importancia	3	10%
	Muy valioso	26	87%
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

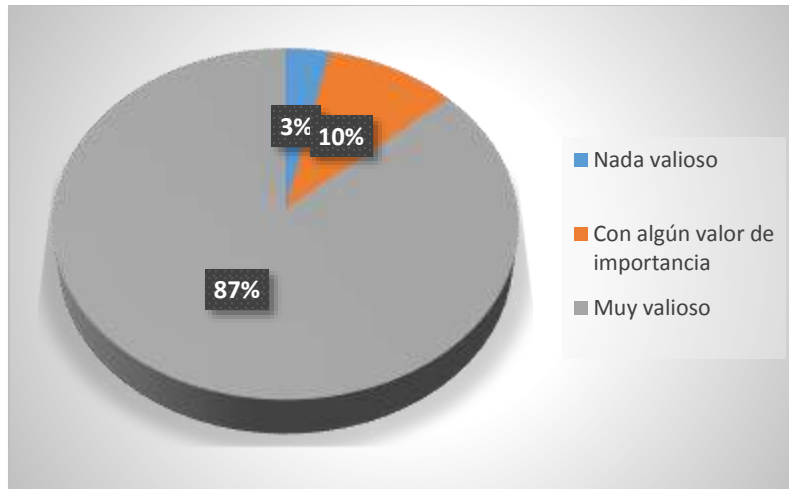


Figura 17. Rol de trabajador. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 3% de los individuos considera el rol de trabajador como nada valioso, 10% con alguna importancia y 87% como muy valioso. El trabajo proporciona una estructura de la vida de una persona; cumple la ética de trabajo; y mejora la moral, la disciplina, el auto valor y la dignidad de un individuo (Krefting, 1985).

Se evidencia que la frecuencia de individuos que consideran muy valioso el rol de trabajador es alta, puesto que ha representado y seguirá representando una forma de sustento y de mejoramiento de la calidad de vida a modo personal y familiar, a su vez los individuos identifican el rol de trabajo con alto grado de importancia puesto que este aumenta el autoconcepto debido a la capacidad de hacer y los beneficios que este proveía a modo personal, sin embargo, conociendo el grado de importancia que tiene el rol y el no desempeño del mismo a causa del hecho violento puede aumentar los síntomas emergentes relacionados con el malestar psicológico como factor pos trauma de predisposición para aparición de trastorno por estrés postraumático.

Tabla 23. Distribución porcentual según identidad del rol de voluntario

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Futuro	Total	Pasado	Presente	Futuro	Total	
Si	3	1	8	25%	8%	8	67%	100%	
No	27	29	22	35%	37%	28%	28%	100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018

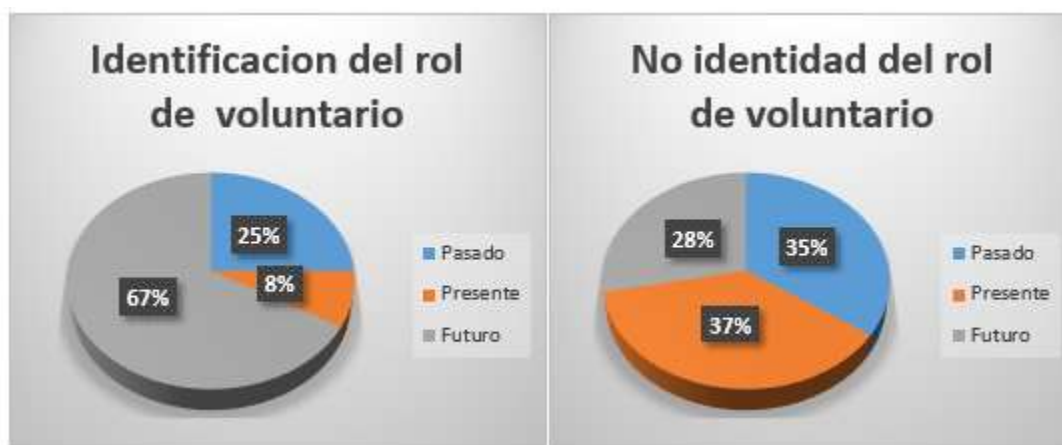


Figura 18. Identidad del rol de voluntario. Fuente: Sánchez, M., 2018

Internalizar un rol involucra incorporar un sentido de las relaciones con otros y del comportamiento esperado (Kielhofner, Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación, 2011, pág. 60).

Los patrones de ejecución de la adultez necesariamente están vinculados con la asignación eficiente del tiempo a distintos roles y formas ocupacionales que requieren (Kielhofner, Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación, 2011, pág. 130), se pudo determinar a partir de lo descrito que el rol de voluntario la población no determino causas, organizaciones u oportunidades comunitarias para el trabajo no remunerado en relación a las

aptitudes, intereses personales, ubicación y tiempos disponibles en el pasado correspondiendo a la no ejecución del rol en un 35% y un 25% a la ejecución , en el presente un 8% realiza las acciones correspondientes a este rol y un 37% no las realiza, en el futuro un 67% espera internalizar e identificarse con el rol y un 73,3% no desea ejecutarlo.

Teniendo en cuenta que como población vulnerable sus intereses y motivación para la estructuración de sus roles no es un aspecto que accione la participación en comunidad, si no por el contrario se encuentran en la identificación, internalización de roles individuales para el desarrollo personal, aspecto que también dificulta la integración a redes de apoyo y grupos sociales limitando la participación en comunidad.

Tabla 24. Distribución porcentual según designación de valor del rol voluntario

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valioso	12	40%
	Con algún valor de importancia	8	27%
	Muy valioso	10	33%
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

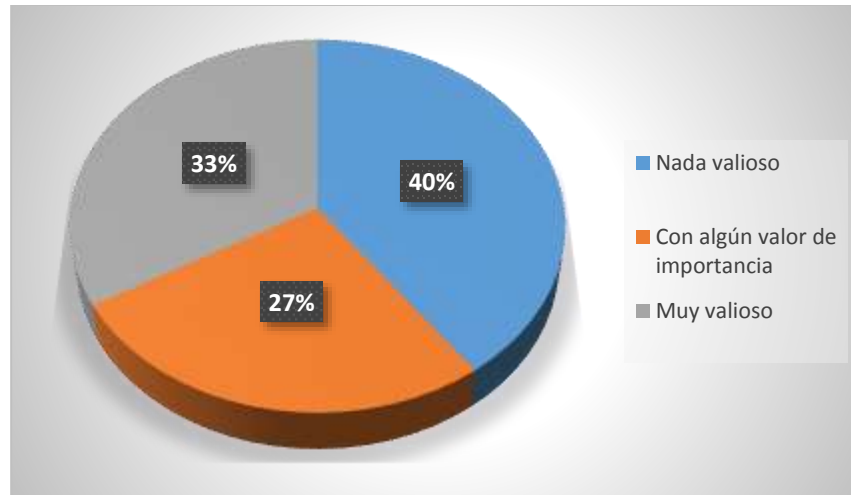


Figura 19. Designación del valor del rol de voluntario. Fuente: Sánchez, M., 2018

Las personas que están socializándose en un nuevo rol, comúnmente negocian su rol en un proceso de dar y recibir (Heard, 1977; Schein, 1971) (Kielhofner, *Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación*, 2011, pág. 62).

Se establece un 40% como valor de nada valioso, 27% con algún grado de importancia, y un 33% como muy valioso en el rol de voluntario.

Al interpretar los resultados se pudo establecer que los individuos asignan un valor de nada valioso en un 40% debido a que no se identifican con el rol y por consiguiente no lo ejecutan debido a los intereses propios de la edad y por el suceso violento que han atravesado, teniendo en cuenta a su vez que estos están relacionados específicamente a superar el evento traumático, resaltando que la ejecución de este rol implica realizar un trabajo no remunerado, condición que por las características económicas de las víctimas la ejecución del rol no es significativo para el sostenimiento individual y familiar, sin embargo el valor de muy valioso en 33% también presenta un alto valor de frecuencia debido a que identifican la importancia social y benéfica que

un individuos y las organizaciones voluntarias representan para el servicio y desarrollo comunitario.

Tabla 25. Distribución porcentual según identidad del rol de proveedor de cuidados

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Pasado	Presente	Futuro	Futuro	%		
Si	26	20	47%	37%	21	16%	100%		
No	4	10	11%	29%	9	60%	100%		

Fuente: Sánchez, M., 2018



Figura 20. Identidad del rol de proveedor de cuidados. Fuente: Sánchez, M., 2018

Las expectativas para el desempeño como miembro de la familia son generalmente más informales que las expectativas de roles que llegan más adelante en la vida (Kielhofner, Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación, 2011, pág. 62).

El rol como proveedor de cuidados hace parte de un proceso de socialización y cambio de roles que dan paso a unos roles más formales, como el de ser madre, el cual prepara a la persona

para asumir responsabilidades propias de las expectativas que se generan en torno al mismo (Sequera, 2016), de igual forma el rol de padre y hermano también permiten asumir el rol de proveedor de cuidados de familiares, hermanos y sobrinos entre otros familiares, siendo este rol independiente a la condición de víctimas como fundamental para la conformación de un hogar, dirigido especialmente hacia el cuidado de hijos hermanos y/o sobrinos.

Por lo que se determinó que en el pasado a la ejecución del rol a un 47% en el presente a un 37% y un 16% para el futuro; No asumieron el rol un 11%, en el presente un 29% y en el futuro esperan identificarse un 60% como proveedor de cuidados, siendo este rol independiente a la condición de víctimas como fundamental para la conformación de un hogar, dirigido especialmente hacia el cuidado de hijos hermanos y/o sobrinos.

La ejecución de este rol se determina como factor protector frente a la aparición del trastorno por estrés postraumático, debido a que este rol está relacionado con el núcleo familiar, por lo que los individuos ubican a la familia como un mecanismo de afrontamiento para superación del hecho victimizante.

Tabla 26. Distribución porcentual según designación de valor del rol de proveedor de cuidados

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valioso	1	3%
	Con algún valor de importancia	3	10%
	Muy valioso	26	87%
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

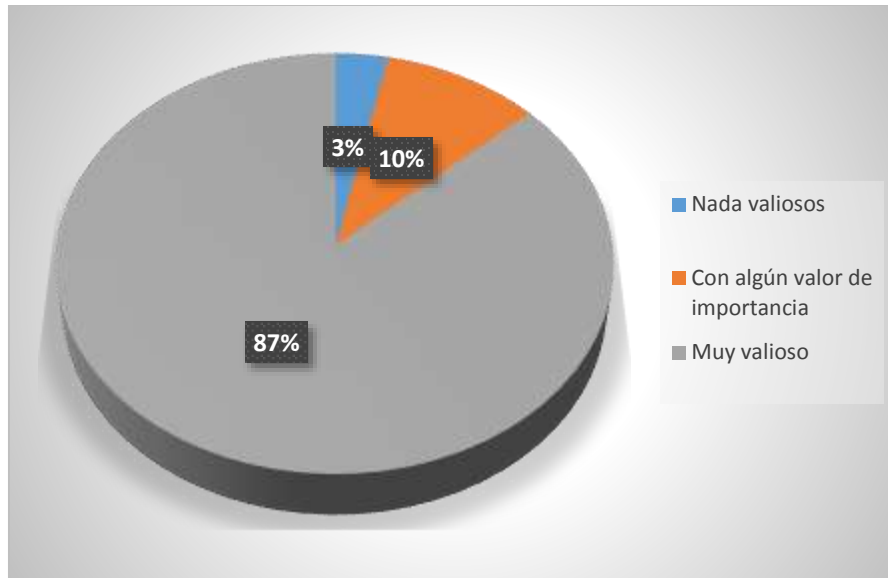


Figura 21. Designación de valor del rol de proveedor de cuidados. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 3% de la población catalogaron el rol de proveedor de cuidados como nada valioso, el 10% lo catalogan con algún valor de importancia y un 87% como muy valioso, concluyendo así que las actividades relacionadas con el supervisar o cuidar directamente de otras personas, representa formas de participación significativas (Sequera, 2016), puesto que a partir de la ejecución de las mismas sienten que contribuyen al bienestar de familiares, sintiéndose auto eficientes.

El alto valor del rol de proveedor de cuidados asignado se fundamenta en que este es ejecutado principalmente en el núcleo familiar, que se asocia con la red de apoyo más cercana al individuo, siendo la ejecución de esto rol y la interacción con los miembros de la familia y los receptores de cuidado un factor protector ante la aparición y el desarrollo del TEPT

Tabla 27. Distribución porcentual según identidad del rol de amo/a de casa

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Futuro						
Si	26	32%	27	34%	27	34%	34%	100%	
No	4	40%	3	30%	3	30%	30%	100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018

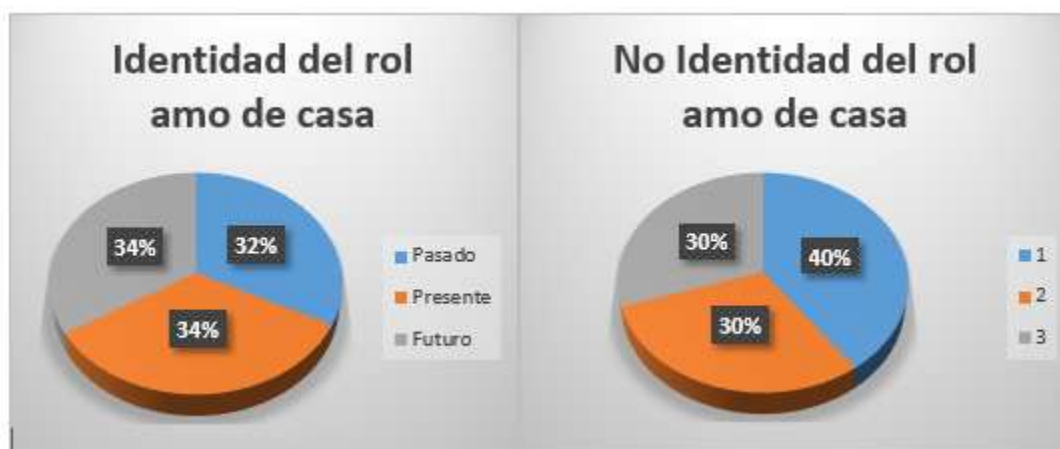


Figura 22. Identidad del rol amo de casa. Fuente: Sánchez, M., 2018

El establecimiento y gestión del hogar está definido por obtener y mantener las posesiones personales y del hogar, y mantener el entorno del hogar, incluido el mantener y reparar los efectos personales, (AOTA, 2008). Desde el área ocupacional una persona puede incorporar el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria dentro de un rol ocupacional como amo de casa o padre-madre. (Rodríguez, Navas, & Garrido, 2018, pág. 21).

Con las características anteriores se definió que en el pasado un 32% de los individuos tanto hombres como mujeres internalizaron el rol y un 40% no lo internalizaron, en el presente un 34% realiza las acciones correspondientes al rol, y un 30% no las realiza, para el futuro un 34% espera

ejecutar el rol y un 30% no espera ejecutarlo, en relación a la condición de víctima se puede evidenciar que en los componentes de internalización, guion e identificación del rol los individuos realizan las acciones concernientes al rol de amo de casa puesto que el mantenimiento del hogar se ejecuta en un ambiente físico de habitual permanencia, considerando importante la organización del este entorno promoviendo un equilibrio entre roles formales e informales.

Tabla 28. Distribución porcentual según designación de valor del rol amo de casa

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valioso	0	0%
	Con algún valor de importancia	5	17%
	Muy valioso	25	83%
	Total	30	100%

Fuente: Sánchez, M., 2018

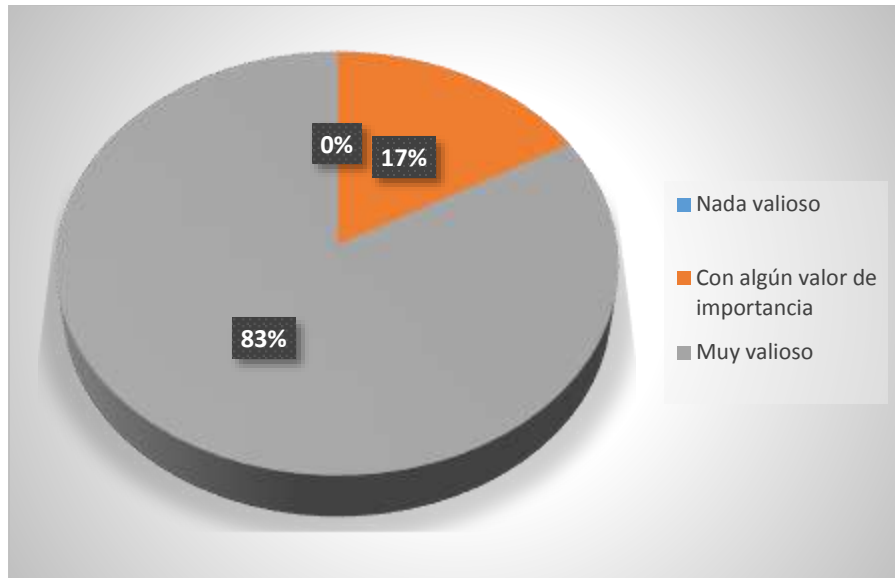


Figura 23. Designación de valor del rol de amo de casa. Fuente: Sánchez, M., 2018

El mantenimiento de los lugares de residencia, permite al individuo sentirse eficiente y eficaz en base a las labores domésticas que desarrollan, (Sequera, 2016) lo cual permite establecer que los individuos catalogan el rol de amo/a de casa como muy valioso en un 83%, comparado con un 17% con algún valor de importancia y un 0% como nada valioso, concluyendo que este rol fortalece la causalidad personal respecto a conocimiento de la capacidad y el sentimiento de eficacia debido a que este rol no solo representa un bienestar individual si no también colectivo en el entorno familiar, lo que representa un factor protector puesto que a mayor autoconcepto por la capacidad de hacer, la efectividad, la importancia y el valor relacionado con lo que uno hace mayor es la capacidad de afrontamiento individual, lo que supone menor sensibilidad ante el factor de magnitud del estresor.

Tabla 29. Distribución porcentual según identidad del rol de amigo

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Futuro	Total	Pasado	Presente	Futuro	Total	
Si	28	35%	27	33%	26	32%	100%		
No	2	22%	3	33%	4	45%	100%		

Fuente: Sánchez, M., 2018



Figura 24. Identidad del rol de amigo. Fuente: Sánchez, M., 2018

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Rodríguez, Navas, & Garrido, 2018, pág. 155).

Este tipo de rol en frecuencia de tiempo, pasado, presente y futuro representa un grado alto de identificación, internalización y guion del rol debido a que los individuos víctimas armadas asocian los amigos con una red de apoyo siendo este un factor protector para la aparición de trastorno por estrés posttraumático, los cuales facilitan la expresión de sentimientos, emociones lo cual colabora como mecanismo de afrontamiento ante la situación victimizante, por ende los

valores correspondientes ante el presente rol son los siguientes, ejecución en pasado 35% presente 33% y futuro 32% , y en su no ejecución en pasado, presente y futuro un 22%, 33% y 45% en su respectivo orden.

Tabla 30. Distribución porcentual según designación de valor del rol amigo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valiosos	1	4%
	Con algún valor de importancia	7	23%
	Muy valioso	22	73%
	Total	30	100%

Fuente: Sánchez, M., 2018

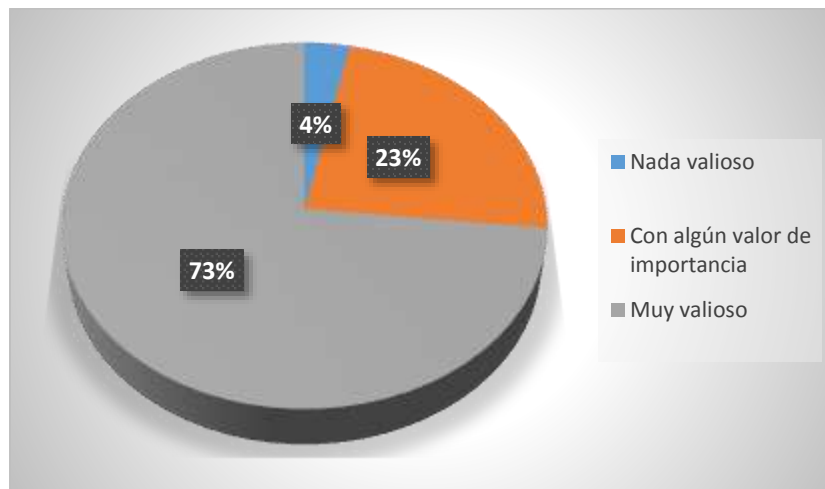


Figura 25. Designación de valor del rol de amigo. Fuente: Sánchez, M., 2018

El análisis según la designación de valor del rol de amigo está definido como nada valioso en un 4%, con algún valor de importancia con un 23% y como muy valioso 73%.

Concluyendo que en un mayor grado la importancia del rol de amigo como muy valioso debido a que este rol presenta objetivos afectivos, para conseguir relaciones satisfactorias con un grupo social, estableciendo amistades e incluso relaciones amorosas, lo que a su vez representa para las víctimas una de las redes de apoyo más cercanas (Rodríguez, Navas, & Garrido, 2018, pág. 155), lo que facilita la superación y enfrentamiento del hecho violento.

Tabla 31. Distribución porcentual según identidad del rol de miembro de familia

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado		Presente		Futuro		%		
Si	30	100	30	100	30	100	100	100%	
No	0	0	0	0	0	0	0	0%	

Fuente: Sánchez, M., 2018

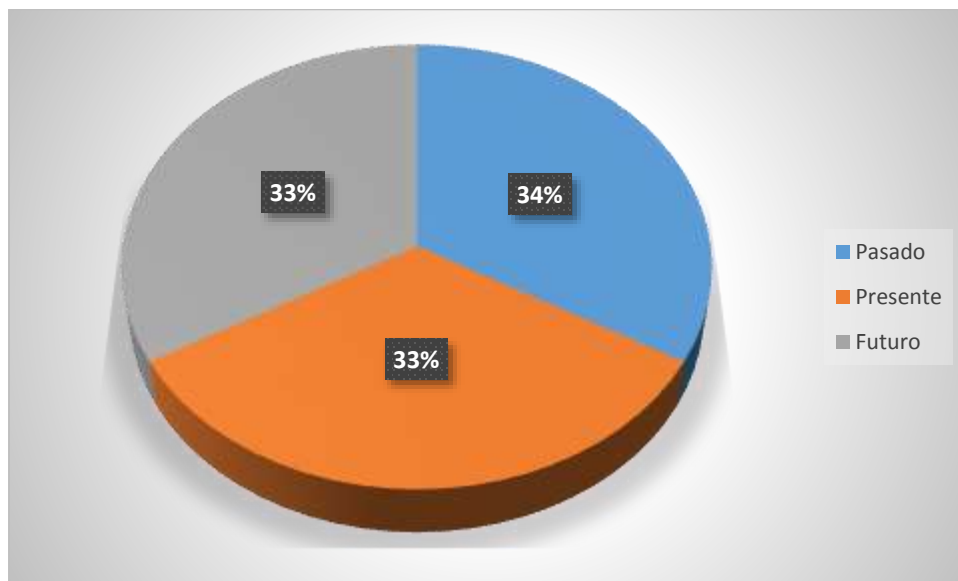


Figura 26. Identidad del rol de miembro de familia. Fuente: Sánchez, M., 2018

Se evidencia a través de los siguientes resultados de frecuencia en pasado, presente un 100% de la internalización, identificación y guion del rol familiar para los tres tiempos, y un 100% de pretensión de desempeño en el futuro, ya que se presume que este rol ejerce influencia directa en el enfrentamiento del hecho violento como apoyo social fundamental además de constituirse como un eje fundamental para la reconstrucción de un nuevo proyecto de vida después del evento traumático, consecuente a McCubbin, Thompson,(1996); Louro, (2005) el afrontamiento familiar se expresa como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, identificando que el núcleo familiar para las víctimas se convierten en el eje central de motivación para el trabajo de objetivos personales, familiares y red de apoyo cercana.

Tabla 32. Distribución porcentual según designación de valor del rol miembro de familia

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ningún valor	0	0%
	Con algún valor de importancia	2	7%
	Muy valioso	28	93%
	Total	30	100%

Fuente: Sánchez, M., 2018

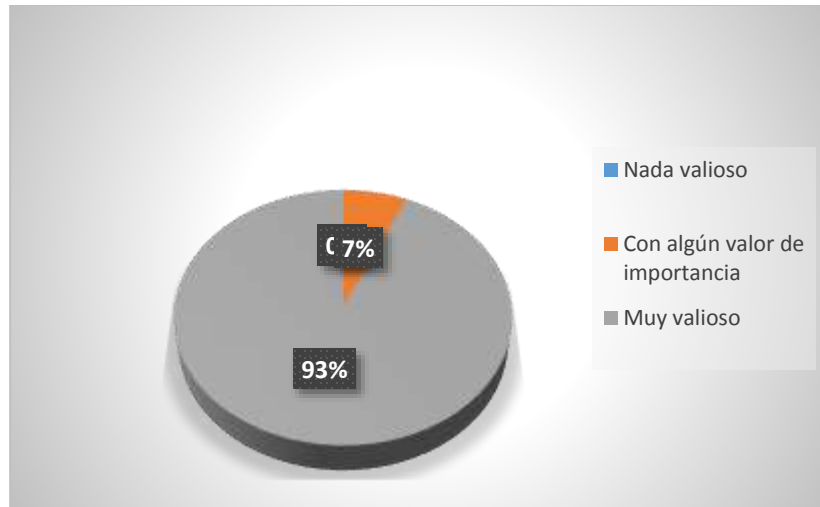


Figura 27. Designación de valor del rol de miembro de familia. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 7% (2 individuos) asignaron un valor de algo de importancia al rol familiar, un 93% (28 individuos) como muy valioso. A lo largo del desarrollo, las personas adquieren creencias y compromisos acerca de lo que es bueno, correcto e importante realizar (Grossak y Gardner, 1970; Kalisk y Collier, 1981; Klavins, 1972; Lee, 1971; Smith, 1969).

De lo anterior se puede concluir que los roles a nivel familiar son los más importantes para las víctimas, pues en este entorno encuentran significado y sentido de la vida, convirtiéndose la familia también en centro de convergencia de sentimientos volicionales que impulsan el trabajo de un nuevo proyecto de vida.

Tabla 33. Distribución porcentual según identidad del rol de participante religioso

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado	Presente	Futuro	Total	Pasado	Presente	Futuro	Total	
Si	27	22	27	100%	35%	29%	36%	100%	
No	3	8	3	100%	22%	57%	21%	100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018

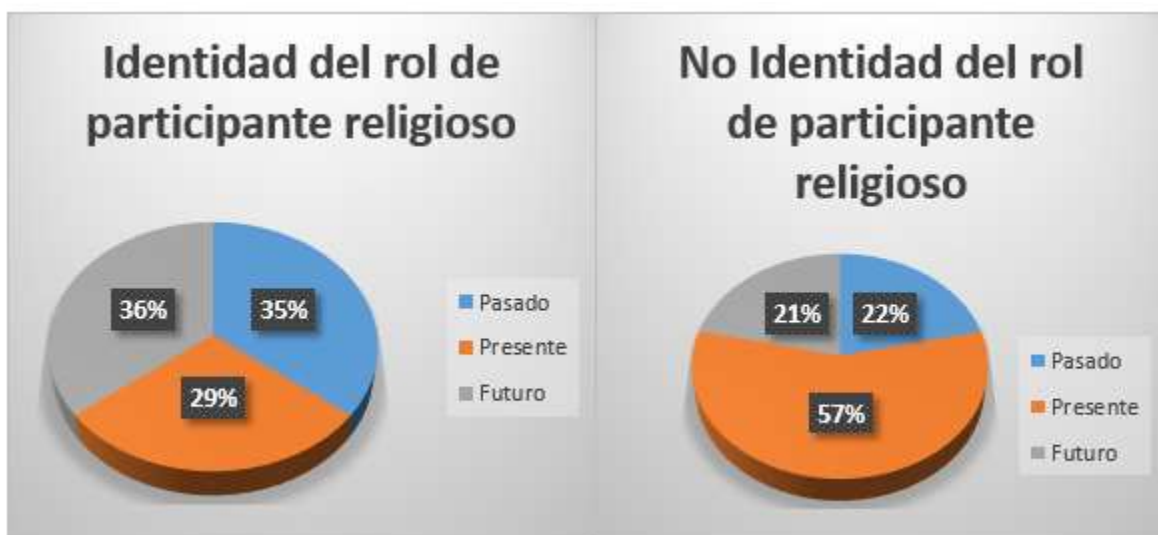


Figura 28. Identidad del rol de participante religioso. Fuente: Sánchez, M., 2018

Christiansen y Baum (1997) manifiestan que la espiritualidad es la experiencia de otorgar un significado la vida diaria, de igual forma Cohen, Jones y LeRoy (1989) mencionan que la espiritualidad tendría que estar conectada hacia la conexión con el resto de la creación, incluyendo, si la persona es creyente, la posibilidad de que exista un creador (Rodríguez, Navas, & Garrido, 2018, pág. 74).

Lo anterior se retomó haciendo hincapié en que los individuos relacionan la participación religiosa con espiritualidad, ya que esta permite la conexión con el ser mismo y con los demás

concibiendo una forma de dirección de vida después de un evento traumático con consecuencias físicas, emocionales y psicológicas por lo que se determinó alta participación en el pasado de un 35% , en el presente o 29%, con una proyección de ejecución del 36% para el futuro, y una no ejecución en el pasado de un 22%, en el presente de 57% y de un 21% en el futuro.

En mayor proporción los individuos ejecutan este rol y mantienen fuertes creencias religiosas después de un evento violento puesto que lo consideran como una red de apoyo, que contribuye espiritualmente al desarrollo personal y mecanismo de afrontamiento, siendo un factor protector ante la aparición de trastorno por estrés postraumático.

Tabla 34. Distribución porcentual según designación de valor del rol participante religioso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valioso	0	0%
	Con algún valor de importancia	2	7%
	Muy valioso	28	93%
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

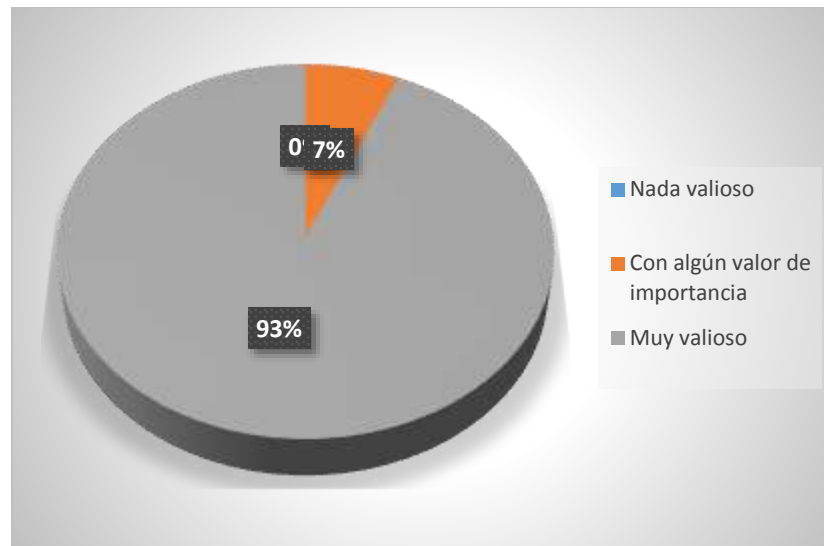


Figura 29. Designación de valor del rol participante religioso. Fuente: Sánchez, M., 2018

El 0% de los individuos catalogaron nada valioso el rol de participante religioso, el 7 % lo clasificaron como algo valioso y un 93% como muy valioso.

La creencia espiritual hacia la religión se traduce en la asistencia al culto y la conformación de una comunidad, radicando su valor en el apoyo social emocionalmente significativo como medio para superar el acto violento, intentando mediante esta actividad nutrir el alma y asignar significado a la vida, alcanzando una plenitud de vida (Rodríguez, Navas, & Garrido, 2018, pág. 75).

Tabla 35. Distribución porcentual según identidad del rol de aficionado

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado		Presente		Futuro				
Si	14	35%	12	30%	14	35%		100%	
No	16	32%	18	36%	16	32%		100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018

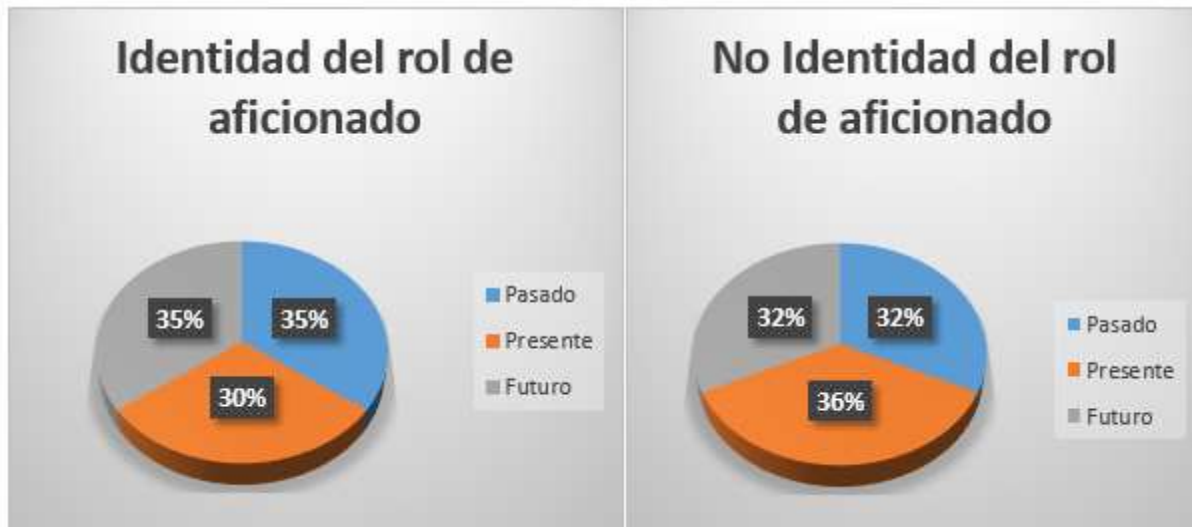


Figura 30. Identidad del rol de aficionado. Fuente: Sánchez, M., 2018

Al analizar la identidad del rol como aficionado, se estableció que un 35% de los individuos ejecuto el rol debido a los intereses propios de las victimas antes del evento violento, en comparación con un 32% de ejecución del rol en el pasado, el 30% realiza actividades del rol y un 36% no las realiza, en el futuro un 35% no se proyecta en su ejecución y se proyecta en su ejecución un 32%.

Los intereses son lo que uno encuentra placentero y satisfactorio hacer. Por consiguiente, los intereses revelan a sí mismos tanto en el goce de hacer algo como en la preferencia de hacer ciertas cosas y no otras (Matsutsuyu, 1969) (Kielhofner, Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación, 2011, pág. 42).

Se identificó que en el grupo de victimas hay participación en actividades de interés, sin embargo están no son realizadas frecuentemente y no despliega una gama variada actividades, agregando que la participación en estas es más por observación que por participación activa, se identifican también bajos niveles de motivación , dificultades para experimentar placer y satisfacción en actividades activas, teniendo en cuenta que estas personas cuentan con una

cantidad considerable de tiempo libre disponible debido a la tasa de desempleo a causa de la edad, aislamiento social por cambio de contexto o de vivienda a causa de hecho victimizante, reducida red de apoyo , y escasez de recursos económicos.

Tabla 36. Distribución porcentual según designación de valor del rol aficionado

		Frecuencia	Porcentaje
Válid	Nada valiosos	10	33%
o	Con algún valor de importancia	6	20%
	Muy valioso	14	47%
	Total	30	100,0

Fuente: Sánchez, M., 2018

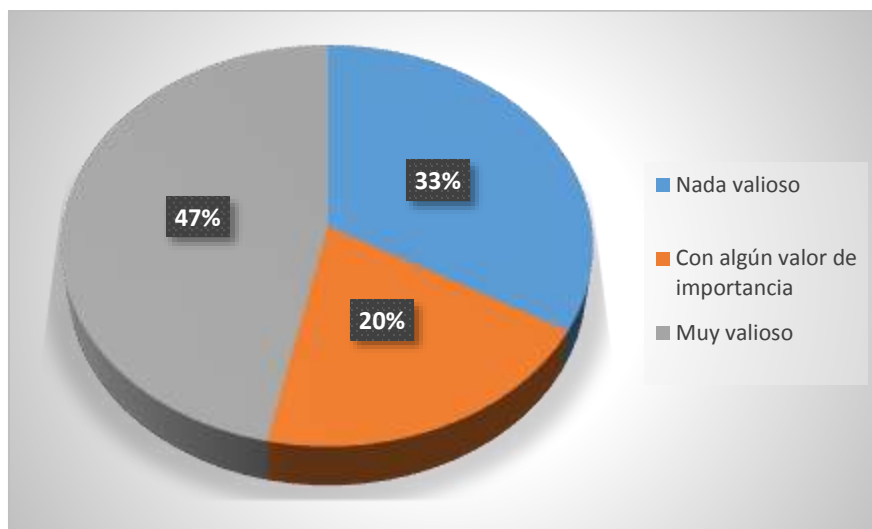


Figura 31. Designación de valor del rol aficionado. Fuente: Sánchez, M., 2018

Las ocupaciones que evocan los sentimientos más fuertes de atracción corresponden, generalmente a las que evocan varias fuentes de placer (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011, pág. 44).

Es por esto que los individuos asignaron un valor de muy valioso en 47%, siendo este porcentaje superior a la clasificación de algún valor 20%,(6 individuos) y de nada valioso 33%(10 individuos) esto debido a los individuos en sus distintas actividades en rol de aficionado pueden encontrar placer corporal, satisfacción por curiosidad intelectual, satisfacción estética de una producción estética, el uso de habilidades propias, creación de un producto de gusto personal, y de compañerismo con otros (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011).

Sin embargo esta asignación de valor fue dada por el establecimiento de una creencia de los posibles beneficios pero no por la identificación e internalización del rol de aficionado, lo que a largo plazo puede significar un factor predisponente para la aparición de trastorno por estrés posttraumático, puesto que la falta de participación en este rol en concordancia con los intereses se ve dificultada la integración social, y la ausencia de placer puede causar distorsiones en la causalidad personal, puesto que el individuo no puede identificar lo que es capaz de hacer y los efectos que produce el propio hacer.

Tabla 37. Distribución porcentual según identidad del rol de participante en organizaciones

Identidad del rol	Frecuencia		%		Frecuencia		%		Total
	Pasado		Presente		Futuro		%		
Si	20	32%	21	33%	22	35%		100%	
No	10	37%	9	33%	8	30%		100%	

Fuente: Sánchez, M., 2018



Figura 32 Identidad de rol en organizaciones. Fuente: Sánchez, M., 2018

La atracción hacia cualquier actividad en particular muy probablemente representa una confluencia de varios factores, como el uso de habilidades, la creación de un producto, el compañerismo y la satisfacción (Kielhofner, Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación, 2011, pág. 44).

Este rol social se convierte en uno de los más ejecutados en el pasado, presente y futuro con los respectivos valores de 32%, un 33% y un 35%, puesto que todos los individuos pertenecen a la asociación de víctimas conformada por la alcaldía para la reparación integral, siendo esta un medio de apoyo social y de información lo que permite una alta participación respecto a los intereses de rehabilitación psicosocial, relacionada específicamente con indemnización y dignificación de la persona.

Tabla 38. Distribución porcentual según designación de valor del rol participante en organizaciones

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada valiosos	6	20%
	Con algún valor de importancia	6	20%
	Muy valioso	18	60%
	Total	30	100

Fuente: Sánchez, M., 2018

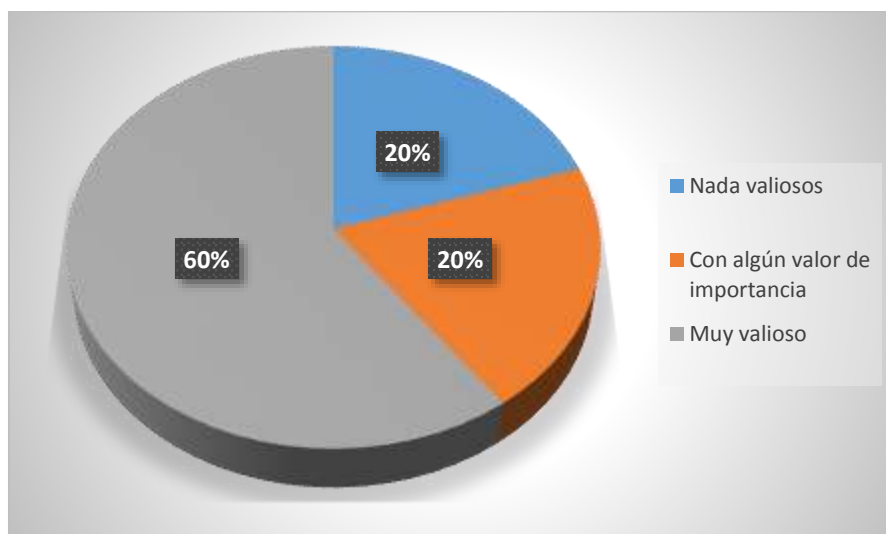


Figura 33. Designación de valor del rol participante en organizaciones. Fuente: Sánchez, M., 2018

Los pensamientos y los sentimientos acerca de la competencia, el goce y el valor se encuentran siempre entrelazados, las personas desean ser competentes y hacer las cosas que valoran (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011, pág. 35).

Teniendo en cuenta esto los individuos catalogaron como muy valioso en un 60 % (18 personas) el rol, debido a que el ser participante en organizaciones facilita la integración a un

grupo social que comprende las características de un hecho traumático en común que ha tenido un alto impacto en la integridad de los individuos, siendo esta una red de apoyo debido a que este se asocia a una menor mortalidad y a una mejor salud mental, el apoyo social valida y reconoce la experiencia traumática de las personas, ayuda a entenderla y darle un significado, parece ser muy importante para asimilar las catástrofes y los hechos traumáticos, las personas que tienen mayor apoyo social se sienten mejor que aquellas que están aisladas o no tienen un confidente (Beristain,2000).

Por lo que se convierte en un factor protector, así mismo el valor de este rol radica en los beneficios de tipo social y económico que podrían llegar a recibir como mecanismo de reparación. El 20% (6 personas) asignó la calificación de algún valor y un 20% (6 personas) cataloga el rol como algún valor debido a que no han encontrado beneficios de algún tipo al pertenecer a una organización.

Análisis cualitativo

En este apartado se encuentra el análisis de información cualitativa que se realiza a partir de la triangulación de datos, la cual está enmarcada bajo las técnicas de: grupos focales, narrativa y fundamentos teóricos, permitiendo identificar así los factores de pre -disponibilidad con mayor probabilidad para la aparición de trastorno por estrés postraumático a partir de la exposición a un suceso violento.

Resultados categorías predeterminadas factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés posttraumático

Tabla 39. Memorando 1, Vulnerabilidad pre trauma

Categoría 1 vulnerabilidad pre trauma Memorando 1		
Elementos	Informante	Descripción
Antecedentes de desórdenes enfermedad mental en familia	de clave	
	Des1	“Que sepa, ningún miembro de mi familia presenta trastornos”
	Hom1	“No, no, gracias a Dios ninguno en la familia, o familiares lejanos, todos normales, gracias a Dios
	Hom2	”Nadie en mi familia”
	Des2	” No, Normal, una familia de clase media normal”
Lef1	“Ningún Miembro de la familia presenta trastornos mentales”	

Fuente: Sánchez, M., 2018

El instituto nacional de salud mental (National Institute of Mental Health, 2017) indica que la historia familiar da las mejores pistas sobre el riesgo de desarrollar algún trastorno mental y muchas otras enfermedades comunes. Ciertas enfermedades mentales tienden a ser hereditarias, por lo que tener un pariente cercano con un trastorno mental podría significar que la persona corre más riesgo de tenerlo.

En base a lo anterior y teniendo en cuenta las descripciones narrativas de los individuos se puede concluir que este elemento no se presenta como factor predisponente, ya que en su núcleo familiar de primera y segunda generación no se ha presentado el diagnóstico o indicios de un trastorno mental que puedan desencadenar el TEPT, lo que no se considera como un factor representativo para la investigación.

Tabla 40. Memorando 2, Vulnerabilidad pre trauma

Categoría 1 vulnerabilidad pre trauma Memorando 2		
Elementos	Informante	Descripción
Genero	clave	
	Des1	“Individuo de género masculino de 32 años”
	Hom1	“Soy una mujer de 59 años”
	Hom2	“Soy una mujer de 61 años de edad”
	Des2	“Persona de género masculino, tengo actualmente 56 años”

Lefl “Soy un Hombre de 44 años de edad”

Fuente: Sánchez, M., 2018

La reacción ante el trastorno por estrés postraumático, va a depender en primer lugar del sexo de la persona ya que las frustraciones son vividas y somatizadas de forma distinta en el hombre y en la mujer (Bensabat y Cols, 1984), en relación a lo anterior y mediante las categorías predeterminadas del factor de vulnerabilidad pre trauma se pudo determinar que el género es el componente con mayor grado de pre disponibilidad en las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander siendo el género femenino más sensible para trastorno mental ya que se halló relación con las perspectivas biológica que indica que el hipocampo en las mujeres es más sensibles, y el sistema límbico responde de manera aumentada ante las emociones, la perspectiva feminista – psicodinámica que supone que las mujeres víctimas tienen mayor probabilidad de culparse a sí mismas por la violencia de la experiencia traumática que los hombres; y la perspectiva social- cognitiva, en que los hombres son descritos socialmente como activos, instrumentales y agresivos y las mujeres como pasivas, dependientes y emocionales (Saigh y Bremner 1999).

Puesto que las mujeres manifestaron sentirse con mayor sintomatología de tristeza, depresión, además de que su tiempo de aceptación ante el evento duro mucho más tiempo que el de los hombres, de igual forma al verbalizar los eventos los hombres demuestran menos emociones y mayores mecanismos de afrontamiento que el de las mujeres, por lo que se puede confirmar el mayor grado de pre disponibilidad respecto al género ante el trastorno mental.

Tabla 41. Memorando3, Vulnerabilidad pre trauma

Categoría 1 vulnerabilidad pre trauma Memorando 3		
Elementos	Informante	Descripción
	clave	
Traumatizacion temprana	Des1	“En el año 91 cuando era muy pequeño mi familia vivió desplazamiento, pero no recuerdo mucho (...)Debido a que esa parte donde se ubica una finca que tiene mi padre, es un corredor, llegaron unos grupos alzados en armas al margen de la ley desplazaron en un primer plano a mi papa y una tía, Debido a la situación precaria, nosotros hijos y mamá nos vimos en la obligación de venir a vivir al pueblo en una situación bastante deplorable debido a la capacidad económica que teníamos en ese momento
	Hom1	“No, Ninguno en especial”
	Hom2	”No, señora, ninguna experiencia negativa”
	Des2	“No, No”
	Lef1	“Ninguna experiencia negativa”

La relación entre experiencias traumáticas en la infancia y la aparición posterior en el adulto de síntomas disociativos, trastorno por estrés posttraumático y trastorno límite de la personalidad es un hecho observable en muchos individuos.

Tanto las experiencias traumáticas severas puntuales (experiencias cercanas a la muerte, violaciones, secuestros) como la exposición prolongada en la infancia) experiencias menos intensas (violencia familiar, rechazo parental, vínculo inseguro con los padres por cuidados negligentes, abusos sexuales) condicionan una incapacidad crónica en el adulto para modular su adaptación al estrés, así como sus emociones (Oliveros Calvo 2018).

Por lo anterior se puede deducir que las experiencias traumáticas si presentan un factor de riesgo para la aparición del trastorno mental, en la investigación se termina que solo un miembro de informantes clave presento un evento de importancia en la infancia relacionado con hecho victimizante (desplazamiento), lo que puede presentar un factor de pre disponibilidad ante la aparición del TEPT debido a que por el evento, el sujeto junto con su familia tuvo que desplazarse a un nuevo entorno, adaptarse a una cultura, vivir bajo condiciones socioeconómicas desfavorables, debilitamiento de lazos familiares, el abandono del patrón de actividades establecido, que probablemente por la vivencia a temprana edad y las consecuencias del desplazamiento producen mayor sensibilidad en el sujeto dado que los mecanismos de afrontamiento se encuentra no consolidados, evidenciándose en la etapa adulta, que acompañado de la repetición de un nuevo evento violento puede desencadenar el desarrollo del trastorno por estrés posttraumático a causa de que los elementos intrapsíquicos inconscientes experimentados y reprimidos pueden movilizarse al consciente siendo causantes del comportamiento psicopatológico.

Tabla 42. Memorando 4, Vulnerabilidad pre trauma

Categoría 1 vulnerabilidad pre trauma memorando 4		
Elementos	Informante	Descripción
	clave	
Experiencias negativas parentales	Des1	“No viví malas experiencias a causa de mis padres, ellos aún siguen juntos y están pendientes de mí y de mis hermanos”
	Hom1	“Con mis padres las relaciones siempre fueron buenas, mi padre era muy estricto, nunca fue una relación de castigo o de pegarme, pero me cuidaba”
	Hom2	“ No, ninguna experiencia”
	Des2	”No, en la crianza antigua no le decían a uno un te quiero, pero si se lo manifestaban con vestido, educación, alimentación y estar pendiente de uno como hijo, ”
	Lef1	“ Con mis papas las relaciones siempre han sido buenas, ellos me han cuidado y colaborado después de lo sucedido”

Fuente: Sánchez, M., 2018

Los lazos emocionales y el núcleo familiar en los primeros meses de vida y en la infancia son vitales para la adquisición de los vínculos que permiten la maduración emocional, cognitiva

y las bases para la estructuración de la identidad infantil («self», en inglés) (Artigue, Tizón 2014).

Se puede inferir de lo anterior que la disfuncionalidad en la dinámica familiar, sea esta por abandono de uno de los padres, maltrato entre otras causas en el individuo dificulta el proceso de maduración emocional, cognitiva, identidad, auto concepto incrementando las posibilidades de presentar un trastorno mental en la adultez, pues como se mencionaba anteriormente los mecanismos de afrontamiento no están estructurados, por ende estas experiencias se pueden reprimir y verse representadas a lo largo del desarrollo del sujeto en el comportamiento que se puede traducir como una enfermedad mental.

No obstante se identificó que las experiencias parentales dentro de los informantes clave no representan un factor de riesgo para la aparición del trastorno por estrés posttraumático en vista de que los sujetos refieren no haber vivido eventos parentales negativos, buenas relaciones con padres, estrechamiento de lazos después de un evento violento, y resaltan el cuidado recibido en la infancia concibiendo a los padres como protectores, lo que colabora en los individuos a disminuir el riesgo de aparición de trastorno mental considerando que los padres brindaron bases sólidas para la construcción de la identidad, desarrollo emocional y cognitivo.

Tabla 43. Memorando 5, Magnitud del estresor

Categoría 2 Magnitud del estresor Memorando 5		
Elemento	Informante	Descripción
	clave	
Exposición al evento traumático	Des1	<p>Un primer evento ocurrió en el año 1990-1991, debido a que esa parte donde se ubica una finca que tiene mi padre, es un corredor, llegaron unos grupos alzados en armas al margen de la ley desplazaron en un primer plano a mi papa y una tia, debido a la situación precaria, nosotros hijos y mamá nos vimos en la obligación de venir a vivir al pueblo en una situación bastante deplorable debido a la capacidad económica que teníamos en ese momento, años posteriores los hijos tratamos de ejercer alguna actividad agropecuaria dentro del predio y pues en el 2015, consideramos nosotros a la misma oposición o de la defensa jurídica que estábamos teniendo con el predio se acercó, supuestamente líderes del grupos alzados armados al margen de la ley y a eso hay que anexarle que nosotros ya habíamos hecho una inversión económica bastante grande que comprendía cultivos, animales, reparaciones</p>

de cercas, inclusión de vías, pues las pérdidas son bastante notables. El hecho sucedió en dos planos , y digo que en dos planos, debido a que de parte de alguien inmerso en la administración que ejerce potestades en la inspección de policía, se manifiesta a que no podemos hacer el traslado debido a que en la finca hay presencia de grupos al margen de la ley y que debíamos hacerlo bajo un tipo de protección, debido a que mi padre cuenta con medidas de protección bastante coercitivas, bajo la unidad nacional de protección por lo que se manifiesta a la funcionaria para hacer el traslado de forma segura, haciendo caso omiso a esto acudimos a una audiencia, para establecer un estatuto sobre el predio, estando en esa audiencia se presentó un altercado y luego fue complementado con algún tipo de agresión de tipo bélico, con algunos disparos impactando en los vehículos, en los que nos transportábamos, cuatro días después, se acercó un señor, supuestamente jefe de las FARC, y manifestó que debíamos trasladarnos donde los vecinos para conciliar la entrega de los

previos, entonces ante la negativa, el señor manifestó un tipo de resentimiento estableciendo una o dos hora para poder salir del predio, entonces salimos por un camino diferente, caminando cerca de seis siete horas. Calculo que un año después del evento fue que realmente uno se pudo enfrentar a la realidad de lo que uno tenía que hacer, o planificar nuevamente, porque uno se ve frustrado, llegando un límite donde uno no sabe qué hacer.

Hom1 “Cuando mi hijo se fue ,hace casi 20 años, yo tenía 39 años, y mi otro hijo tenía 9 años cuando mi hijo mayor se fue, pero eso fue terrible, porque nosotros no teníamos teléfono en la casa, era puro fijo, entonces cualquier cosas nos llamaban donde una vecina, yo estaba trabajando alimentando estudiantes, por que como vivíamos cerca al ISER, había oportunidad y como a mí me gusta la cocina, ese tiempito empecé a trabajar así .El decidió irse para el ejército para ayudarme, y como teníamos que sacar adelante al hermano, entonces se fue a prestar el servicio, termino de prestar el servicio y salió y se fue a

trabajar a Bucaramanga (...) mi hijo trabajaba como celador en las noches y arrendamos una habitación, vivíamos los dos, duramos nueve meses en Bucaramanga y el empezó a decir que se iba a ir al ejercito otra vez, y bueno se fue ese 14 de Septiembre del 98, y se fue para el ejército y todo y me vine para Pamplona y trabaje tejiendo, y el 25 de Noviembre hubo ese combate, yo vi por noticias y todo pero no dieron los nombres, el combate fue en san José del Guaviare, porque hubo una toma de policías en el Mitú, entonces allá mataron muchos policías, entonces mandaron a mi hijo para allá, ellos iban detrás de los guerrilleros, pero a ellos los atalaron tres frentes de las FARC, y los mataron casi a todos, unos se salvaron porque se pusieron unos soldados muertos encima y se hicieron ellos los muertos, entonces la sangre los cubrió a ellos, y los que se salvaron fue así por lo soldados muertos, eso fue terrible, por que llamaron a donde una vecina, y la vecina me llamo y yo parada ahí, ella decía que la dirección es tal, y ella me miraba y me miraba y yo parada

en la puerta, y decía está seguro señor que es xxx, y se me quedaba mirando hasta que se me desgranaron las lágrimas, y me quede mirándola, decía ella: yo le voy a decir a la mamá, es que ella no puede ir para allá, porque los tenían en Villavicencio, después le dijo al señor: llevo la mamá, aquí está parada mirándome y no sé cómo decirle, cuando ella dijo así, se me escurrieron las lágrimas (...)yo no espere a que ella me dijera nada, y dije me mataron a mi hijo, y me quede parada en un posta y llore y llore, hasta que un vecino me dijo que le paso y dije, yo no sé qué le paso a mi hijo, algo malo; Cuando llevo la vecina y lloraba y lloraba , me abrazo y pues claro en ese momento, yo sentí que era mi hijo que me lo habían matado, eso fue terrible, después un sobrino me ayudo a reclamar el cuerpo, y como la guerrilla no los dejo salir de una vez, entonces a él me lo entregaron como a los tres días, es un dolor, que le duele en el fondo de su ser, a mí me dolía por dentro del corazón, me provocaba sacarme el corazón, para que no me doliera tanto, y que los traen en una caja metálica dentro del

ataúd, y del desespero yo trataba de levantar esa tapa metálica, pensé, quien sabe cómo vendría mi hijo, porque en combate es terrible y a él fue que le dieron primero porque el llevaba la M60 entonces le dieron mucha bala, la carita si le quedo bien, pero el cuerpo no se supo,(...) yo no se lo deseo a nadie, eso es un dolor muy terrible, después de veinte años , uno no supera ese dolor, cada día es peor, uno piensa mi hijo tuviera tantos años, después me apegue a mi hijo menor ,porque al inicio vivía solo en el cementerio, hasta que mi hijo me dijo, mamita mi hermano ya se fue, ahora quede yo, como se me va a enfermar, tiene que pensar en mí, entonces yo recapacite y me dedique en cuerpo y alma para sacar adelante a mi hijo, después de seis meses fui a hacer unos cursos de chocolate y esto me distrae y me ha relajado mucho. Dure muchos años con el duelo, me vestí siete años de luto, regale toda la ropa de color.

Hom2 “Hace 18 años, fue una cosa que nunca esperaba porque mi hijo no debía nada, mi hijo por el hecho de ir con un señor que habían llamado para

pagarle una plata a Chinacota, entonces lo llevaron a Chinacota, de allá lo trajeron, le amarraron las manitas para atrás y lo mataron, en el Reposo, eso me dijo también el que lo mato, tuve la oportunidad de enfrentarlo, frente a frente, ese encuentro se dio cuando íbamos a justicia y paz, que se dieron las audiencia de ellos, un día fui decidida a que me dejaran a hablar con el directamente, él me ha perdido muchas veces perdón, llegue allá y me dijo que estaban haciendo limpieza, entonces uno vivía con la incógnita de saber por qué o quién me lo mando a matar, él me dijo que eso paso por ir en el lugar equivocado, por ir con el señor que había sido una equivocación, y solamente le dije que Dios lo perdonara porque yo no soy nadie para perdonarlo. Mi hijo tenía 16 años, yo iba para Cúcuta a visitar a mi padre como todos los sábados en el bus de la universidad, y bajando pasamos el reposo, había un trancón, yo vi la policía, pero nunca me imaginé nada, la policía nos dijo que pasáramos, yo me quede mirado fijamente, porque ellos estaban tirados en el pis,

al lado del carro rojo, o sea al lado del carro en el que ellos iban, pero no me imagine que fuera mi niño, pasamos, de ahí para abajo me puse a rezar, me acerque a mi compadre y le dije si vio, y me dijo si vi, pero el si lo había reconocido y de ahí para abajo me empezaron a sudar las manos, estando en Cúcuta, me llamo una cuñada y ella me dijo que me viniera, pero no me dijo por qué, pero sentía el golpe, me vine con mi mama, en el bus llegue al hospital con la ilusión de no ver a nadie y lo primero que veo fue la camioneta del cuñado. El dolor no termina, pero el día que lo saque del cementerio, eso me fortaleció mucho.

Des2 “Yo me independizo, me dedico a aplicar los conocimientos de técnica, (...) me fue bien, duro, pero me fue bien, tenía a mi hija a mi esposa, ella espero un tiempo a que yo me ubicará, pero nos fue bien, el mismo estado dio un crédito, tenía ahorros y nunca deje de trabajar, y adquirí una finca, ganado, tenía mis cositas, me movía con insumos agropecuarios, me movía por Venezuela, y me iba bien, pero como tenía que

salir a visitar a mi familia, fuera del departamento de Arauca, pues yo digo que se enamoraron de lo que había conseguido, de los logros, y empezaron a argumentar que era infiltrado, que llevaba información, y como estaban con el tema de paramilitarismo (...), entonces todo les olía a infiltrados, una vez me dijeron eso, que yo salía y que daba información y pues yo no hice mucho caso, por que como yo la verdad no estaba metido en eso, pero si después paso de claro a oscuro, después me puse serio y les dije que si les interesaba las cosas mías, pues se las vendía, porque me ha costado trabajo conseguirlas, entonces un día 17 de diciembre del año 2000, yo tenía 38 años (...) llegaron un grupo, uniformado de camuflado y bota pantanera, tenían capuchas, yo creo que eso fue un acuerdo que hicieron por ahí, porque por allá no usan capuchas, o sea el interés de ellos era correrme, me dieron unas horas para irme de allá, porque o si no me asesinaban, porque yo les estaba mamando gallo, eso dijeron, y que porque con ellos era en serio y pues yo salí con mi moto,

mi hija y mi señora, se podrá imaginar que lleve conmigo, la vida, pues es una estrellada terrible, porque es un cambio brusco, de un momento a otro todo perdido, gracias a Dios la vida no se perdido, pero después de haber luchado tanto, es duro,(...) pero siempre me ha gustado echar para adelante, me caí y me levante, no tengo nada, tengo la vida, tengo sueños y gracias a Dios en este momento no hay odio en mi corazón, en 18 años pasan muchas cosas(...) es triste porque todos trabajamos para estar bien, conformas una familia y sacarla adelante, a raíz de eso el hogar se acabó.

Lef1 “ Un día estaba en el local de mis papás, estaba en la bodega, con una mercancía, cuando llegaron unos tipos y me dispararon, yo caí, pero mis papas pensaron que había sido pólvora, nunca se imaginaron que había sido yo, después de un rato me encontraron en el piso, y me llevaron al hospital, me dispararon a nivel de c7, quede en coma, no se el motivo del por qué lo hicieron, perdí control de esfínteres, movimiento en mis piernas y mis manos, ya he recuperado el

movimiento de las manos. (...) Sentía frustración, rabia y dolor.

Fuente: Sánchez, M., 2018

La exposición al trauma y la aparición de trastorno se ve relacionada por experiencia directa o indirecta, Beristain (2000) plantea que la dimensión del evento traumático es proporcional a los acontecimientos que implican la vivencia estresante a la que fueron expuestos los individuos, por lo que se puede inferir que la persona que fue expuesta a un evento violento de forma indirecta como el caso de los sujetos hom1 y hom2 presentan menor predisposición ya que el evento se da por conocimiento y la afectación directa a un familiar, por el contrario los eventos de los sujetos Des1, Des 2 y lef1, quien han vivenciado el trauma de forma directa (personalmente) han sufrido las consecuencias emocionales, físicas, ocupacionales y económicas en mayor proporción, lo que aumenta el riesgo de desencadenamiento del trastorno por estrés posttraumático, en vista de que además de la experimentación del evento violento se evidencia también un fenómeno de emigración lo que acarrea una serie de cambios y dificultades, pues se presenta el duelo migratorio relacionado con familia, amigos, lengua, cultura, tierra, nivel social contacto con el grupo étnico y riesgos físicos que puede aumentar la presencia de síntomas emergentes (descritos en el siguiente memorando).

Por ende se concluye que la exposición al trauma del factor 3 es el elemento que presenta el mayor riesgo de predisposición para la población, pues esta exposición es el agente causal o desencadenante definitivo que impulsa la aparición del trastorno, teniendo en cuenta que este aspecto, es el elemento fijador en el TEPT y que dependiendo del grado de experimentación del suceso, mayor va a ser la probabilidad, considerando que si el hecho victimizante se da por

conocimiento la estructuración de afrontamiento, aceptación y superación no se ve tan debilitadas como en un sujeto que experimenta personalmente el suceso, pues este último recordara detalladamente las características, los victimarios y el maltrato verbal o físico a causa del evento lo que tiene un impacto directo sobre los mecanismos de afrontamiento y aceptación.

Tabla 44. Memorando 6, Magnitud del estresor

Categoría 2 Magnitud del estresor memorando 6		
Elemento	Informante	Descripción
Afrontamiento	clave	
	Des1	Calculo que un año después del evento fue que realmente uno se pudo enfrentar a la realidad de lo que uno tenía que hacer, o planificar nuevamente, porque uno se ve frustrado, llegando un límite donde uno no sabe qué hacer, después con mi familia nos fuimos levantando, empezamos a trabajar y yo también seguí estudiando.
	Hom1	Cada día es peor (...) después me apegue a mi hijo menor, porque al inicio vivía solo en el cementerio, hasta que mi hijo me dijo, mamita mi hermano ya se fue, ahora quede yo, como se me va a enfermar, tiene que pensar en mí, entonces yo recapacite y me dedique en cuerpo y

alma para sacar adelante a mi hijo, después de seis meses fui a hacer unos cursos de chocolate y esto me distrae y me ha relajado mucho. Dure muchos años con el duelo, me vestí siete años de luto, regale toda la ropa de color.

Hom2 El dolor no termina, pero el día que lo saque del cementerio, eso me fortaleció mucho. Después empecé a trabajar por mis hijos y por mí, para salir adelante por ellos, pero aún me duele y no lo dejo de pensar.

Des2 “Pues yo salí con mi moto, mi hija y mi señora, se podrá imaginar que lleve conmigo :la vida, pues es una estrellada terrible, porque es un cambio brusco, de un momento a otro todo perdido, gracias a dios la vida no se perdido, pero después de haber luchado tanto, es duro,(...) pero siempre me ha gustado echar para adelante, me caí y me levante, no tengo nada, tengo la vida, tengo sueños y gracias a dios en este momento no hay odio en mi corazón(...) yo me fui a la finca de mis padres, allá decidí sacar la rabia que tenía a punta de arar el campo, plantar cercas, ahí me des desahogaba... (...) en 18 años

pasan muchas cosas (...) es triste porque todos trabajamos para estar bien, conformas una familia y sacarla adelante, a raíz de eso el hogar se acabó.

Lef1 Sentía frustración, rabia y dolor pero tengo una esposa un hijo y una familia que me han ayudado a salir adelante, me han apoyo, me acompañan a mis terapias y entrenamientos, (...) a mi esposa no le gusta recordar eso, ello lo evita.

Fuente: Sánchez, M., 2018

El elemento de afrontamiento presenta un papel importante en la predisposición del TEPT puesto que este se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este (Hernández, 1991), por lo que la utilización de estos disminuye la aparición de síntomas del trastorno.

Sin embargo se puede determinar que en la investigación este factor de predisposición se ve amortiguado por la utilización de estrategias centradas en el afrontamiento individual en las que el individuo se encarga de mantener el control de su entorno, por ejemplo la del sujeto DES 2 que decide liberar sus sentimientos y emociones mediante la transferencia, específicamente en el

trabajo o labores de campo, donde menciona que su esfuerzo físico para el trabajo representaba la ira o la rabia que le causaba lo sucedido, siendo este afrontamiento de tipo individual pues la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación (Amaris, Madariaga & Valle, 2013).

No obstante los mecanismos de afrontamiento identificados en mayor proporción que reducen el riesgo de trastorno mental están directamente relacionado con la familia, considerando que este es expresado con la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, teniendo en cuenta que los sujetos manifiestan que su familia fue el “motor “para salir adelante. Siendo este último tipo de afrontamiento el factor protector que más incentiva a los individuos a superar las consecuencias del evento traumático y el que mayor descripción e presenta durante la investigación.

Por lo que se puede concluir que para la investigación el afrontamiento cumple un papel protector más que de riesgo, pues los sujetos utilizan diferentes recursos de afrontamiento para superar o reducir las consecuencias del hecho victimizante.

Tabla 45. Memorando 7 Factor pos trauma

Categoría 3 factores pos trauma memorando 7		
Memorando 3	Informante	Descripción
Síntomas emergentes	clave	
	Des1	“Digamos que sí, se generó una afectación de tipo psicológico porque pues pensar que tiene

que dejar todo lo que ha trabajado y todo lo que ha ahorrado, es frustrante, de una u otra forma el impacto de ver personas armadas, genera alguna afectación psicológica, llega un límite donde uno no sabe qué hacer, porque todo el esfuerzo fue en vano, fue perdido. (...) se siente dolor, impotencia (...) digamos que en ese año, nos permitió entrar a las personas involucradas en un estado de depresión, uno tiene sueños constante en su momentos de descanso, respecto a lo que sucedió, y si hay una etapa deprimente donde uno ya no tiene esa motivación para seguir de una u otra manera adelante. (...) socialmente uno ya no confía en nadie.

Hom1 “Cada día es peor y peor, (...) al principio vivía solamente en el cementerio todo el día, luego hice los cursos de chocolates y es lo que me ha servido (...). Siete años duro el luto, de negro, yo nunca me iba a quitar el luto. Yo lloraba mucho, no me gusta ver películas de soldados, yo evito verlas, me recuerda a mi hijo. Yo lloro mucho a mi hijo, inclusive aun lo lloro.”

Hom2 “La familia se desunió, sobre todo mi esposo, duramos un tiempo después de la muerte de mi hijo y después se fue con una muchacha de servicio que tenía, pero también debido a un desplazamiento que nos hicieron hasta Venezuela (...) el duelo no ha pasado, sin embargo paso un poco después de que hable con el paramilitar que lo mato”

Des2 “A raíz de eso el hogar se acabó, en 18 años pasan muchas cosas, creo que me ensimisme, sin embargo no dejo de sonreír, después de que llegue a Pamplona me metí a la finca para desquitarme con el mundo, pero positivamente, así se me fue quitando ese odio. (...) Es una mezcla de todo, de rabia, de tristeza, sale a fluir el odio que uno nunca ha sentido, de impotencia, de uno desarmado, de no poder defender lo de uno, su familia, pudieron violar a mi señora a mi hija, es una mezcla de todo , es terrible. (...) Frecuentemente recordaba ese momento, es como dormir despierto, me acostaba cansado y como que rebobinaba todo, y pensaba si yo hubiese hecho tal cosa, en que me equivoque, en

que fui imprudente, y eso es diario, y es muy difícil, se me cayó el cabello, viví un tiempo resentido, pero ya no.

Lef1 “ Se siente frustración y rabia, porque ya no puedo hacer las mismas cosas de antes, a veces pienso en eso, pero trato de no hacerlo, la tienda me tiene ocupado, trato de ayudar, el deporte mi familia y mis amigos me ocupan”

Fuente: Sánchez, M., 2018

Dentro de la categoría de factores pos trauma se determina que los síntomas emergentes están relacionados con los con los síntomas de intrusión, malestar psicológico intenso, reacciones fisiológicas intensas, evitación persistente de estímulos, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, sentimiento de desapego, Alteración importante de la alerta y reactividad, deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (DSM V, 2014).

Los síntomas identificados en la población están enmarcados en la evitación, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados con el suceso y del estado de ánimo negativo, como lo es el caso del sujeto Hom1 en la que evita ver, interactuar con soldados o temas relacionados con ello, y en el caso del sujeto lef1, en el que evita verbalizar, narrar de forma profunda el hecho victimizante, lo cual le causa malestar emocional. De igual forma se evidencia la presencia de sentimientos constantes de rabia, ira, y tristeza.

Se puede determinar que los síntomas emergentes descritos, por su continua y elevada intensidad se convierten en un factor de riesgo con alta probabilidad para la aparición del trastorno mental, pues la no intervención y tratamiento oportuno puede causar el deterioro social, laboral y otras áreas, sin embargo es un elemento del factor que se puede intervenir para minimizar el riesgo previniendo el trastorno mental.

Tabla 46. Memorando 8, Factor pos trauma

Categoría 3 factores pos trauma memorando 8		
Memorando 3	Informante	Descripción
Apoyo social	clave	
	Des1	“Yo diría que ninguno, (...) porque para declarar, se pudo hacer después de siete meses, después llegó la resolución y es con lo único que cuento de resto ayuda psicológica y económica de ninguna forma. (...) me deja un sin sabor, porque es responsabilidad del estado debido a que es un hecho de repetición.
	Hom1	“Doce años después recibí, el apoyo del ejército, respecto a salud y indemnización por su muerte, pero anteriormente no recibí el apoyo psicológico u otros, mi principal apoyo fue mi familia, mi hijo, porque me apegue a él, a mis

-
- papas y a las amigas que se preocupaban por que no estuviera encerrada”
- Hom2 “Por el hijo recibí apoyo, pero diez años después, una sola ayuda económica me dieron, pero ayuda en salud y psicológica no me dieron”
- Des2 “No, el estado miserable, el estado nos tiene abandonados a todos, nadie puede sobrevivir con cien mil pesos, que llegaron en un momento (...) el estado es injusto, actualmente no recibo ningún apoyo, el termino de reparación no existe, ningún apoyo psicológico, económico y de salud.
- Lef1 ” Todo lo relacionado con salud lo he recibido por mi seguro, terapia física y otros, sin embargo ningún apoyo del estado, yo asisto al gimnasio voy a mis terapias y practico boccha, entreno frecuentemente, es lo que me ayuda (...) no he asistido a psicología, junto con mi esposa asistimos , pero no le gusto , así que no volvimos, a ella no le gusta recordar lo que paso, evita hablar de eso”

El apoyo social juega un papel importante como factor protector o de riesgo, debido a que la ausencia de este facilita la posibilidad de aparición de síntomas del trastorno mental, o por el contrario, disminuye el riesgo de TEPT, teniendo en cuenta que las redes de apoyo cumplen una función de soporte, donde se ofrece identidad social, apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos de servicio materiales, además tienen efecto directo sobre la salud y un efecto amortiguador sobre los acontecimientos vitales estresantes. A mayor extensión en la red, más oportunidades existen para los intercambios de apoyo (Berreuta & Bellido, 2012).

No obstante, se identifica que el apoyo social para las víctimas del conflicto armado de la presente investigación se presenta como un factor de riesgo, dado que todos los miembros describen no haber recibido ningún tipo de apoyo social, ya sea del estado o por una organización, por lo que la probabilidad del desarrollo de la sintomatología del TEPT aumenta, lo que se configura como un factor con alto grado de pre disponibilidad ya que los recursos interpersonales necesarios para evaluar y afrontar situaciones estresantes estén disminuidos debido. Sin embargo se describe también que el apoyo recibido en un primer instante está relacionado con el núcleo familiar, debido a los lazos emocionales existentes, agregando también que la familia es el grupo social más cercano con el que cuenta el individuo para superar el hecho victimizante.

Resultados triangulación de datos

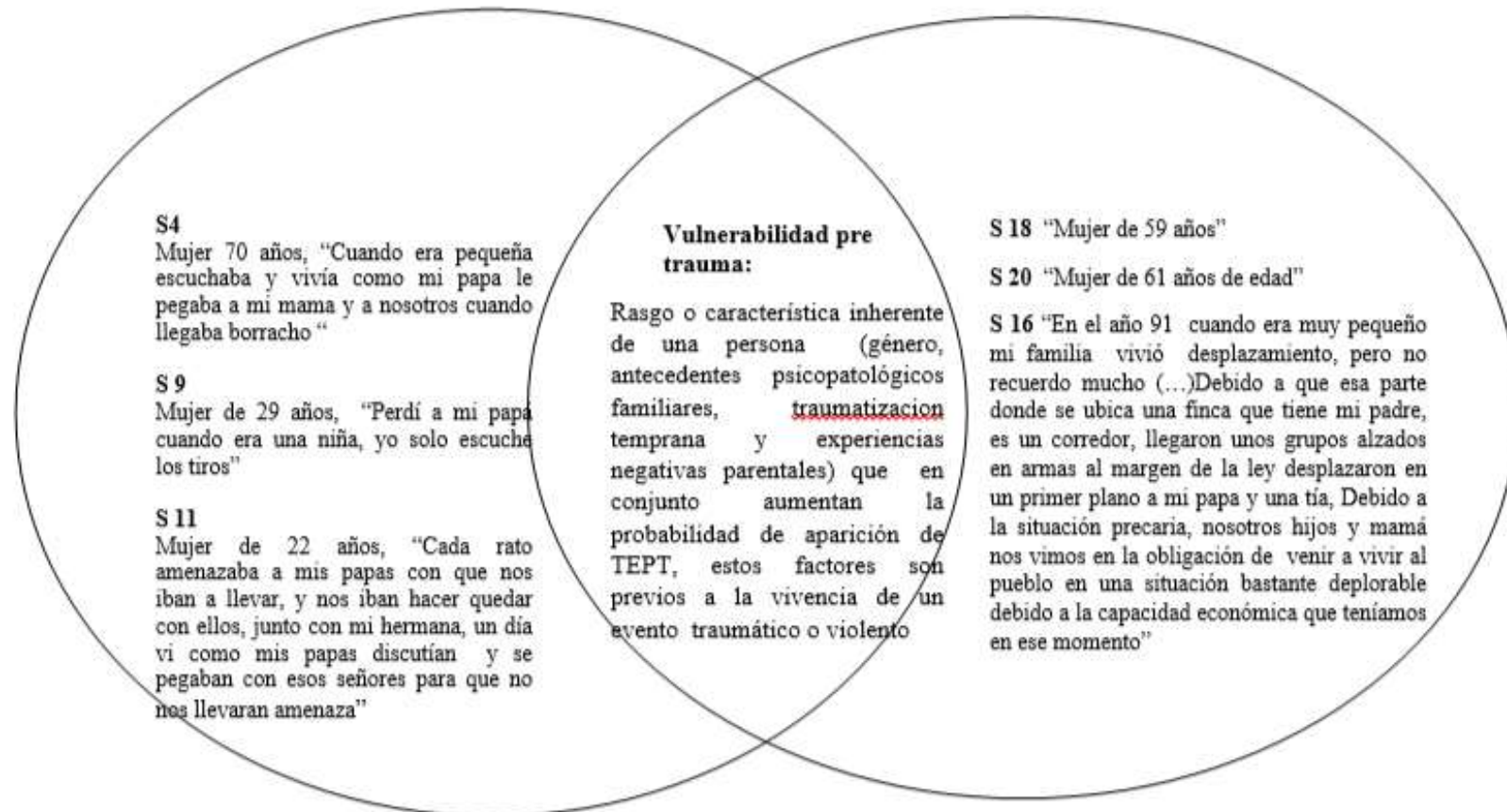


Figura 34. Círculos hermenéuticos. Fuente: Sánchez, M., 2018

Para la presente investigación se propone el siguiente concepto de vulnerabilidad pre trauma como factor predisponente: Rasgo o característica inherente de una persona (género, antecedentes psicopatológicos familiares, traumatización temprana y experiencias negativas parentales) que en conjunto aumentan la probabilidad de aparición de TEPT, estos factores son previos a la vivencia de un evento traumático o violento.

Concerniente a lo anterior se identifican seis sujetos en dos momentos en la recolección de la información que presentan los elementos propios del factor de vulnerabilidad pre trauma, estos elementos hacen referencia al género, en el que hay mayor proporción de individuos de género femenino, constituyéndose como elemento sensible acorde a las perspectivas biológica y social cognitiva, puesto que las mujeres responden de forma aumentada al evento emocionalmente pues referencian síntomas de tristeza, ira e impotencia por un rango de tiempo más largo que los hombres.

De igual forma se evidencian dos elementos más que configuran en factor de riesgo, la traumatización temprana identificada en los relatos del sujeto 4: Cuando era pequeña escuchaba y vivía como mi papá le pegaba a mi mamá y a nosotros cuando llegaba borracho”, Sujeto 9: “Perdí a mi papá cuando era una niña, yo solo escuche los tiros” Sujeto 11: “Cada rato amenazaba a mis papas con que nos iban a llevar, y nos iban hacer quedar con ellos, junto con mi hermana, un día vi como mis papas discutían y se pegaban con esos señores para que no nos llevaran amenaza” Sujeto 16: En el año 91 cuando era muy pequeño mi familia vivió desplazamiento, pero no recuerdo mucho (...)debido a que esa parte donde se ubica una finca que tiene mi padre, es un corredor, llegaron unos grupos alzados en armas al margen de la ley desplazaron en un primer plano a mi papa y una tía, debido a la situación precaria, nosotros hijos y mamá nos vimos en la obligación de venir a vivir al pueblo en una situación bastante deplorable debido a la

capacidad económica que teníamos en ese momento, y por ultimo las relaciones parentales negativas: identificadas en el sujeto 4: cuando era pequeña escuchaba y vivía como mi papa le pegaba a mi mama y a nosotros cuando llegaba borracho, estos dos últimos elementos presentan pre disponibilidad ya que si estos factores se dan en la infancia los sujetos en la adultez, presentarían una incapacidad en modular su adaptación al estrés, así como sus emociones, que acompañado por la experiencia de un hecho victimizante intensificaría la probabilidad de aparición del TEPT. Por lo que se puede comprobar y en concordancia con Shalev (1996) que los elementos de este factor en conjunto pueden desencadenar en el trastorno por estrés posttraumático, pero sin embargo no son los principales desencadenantes del trastorno.

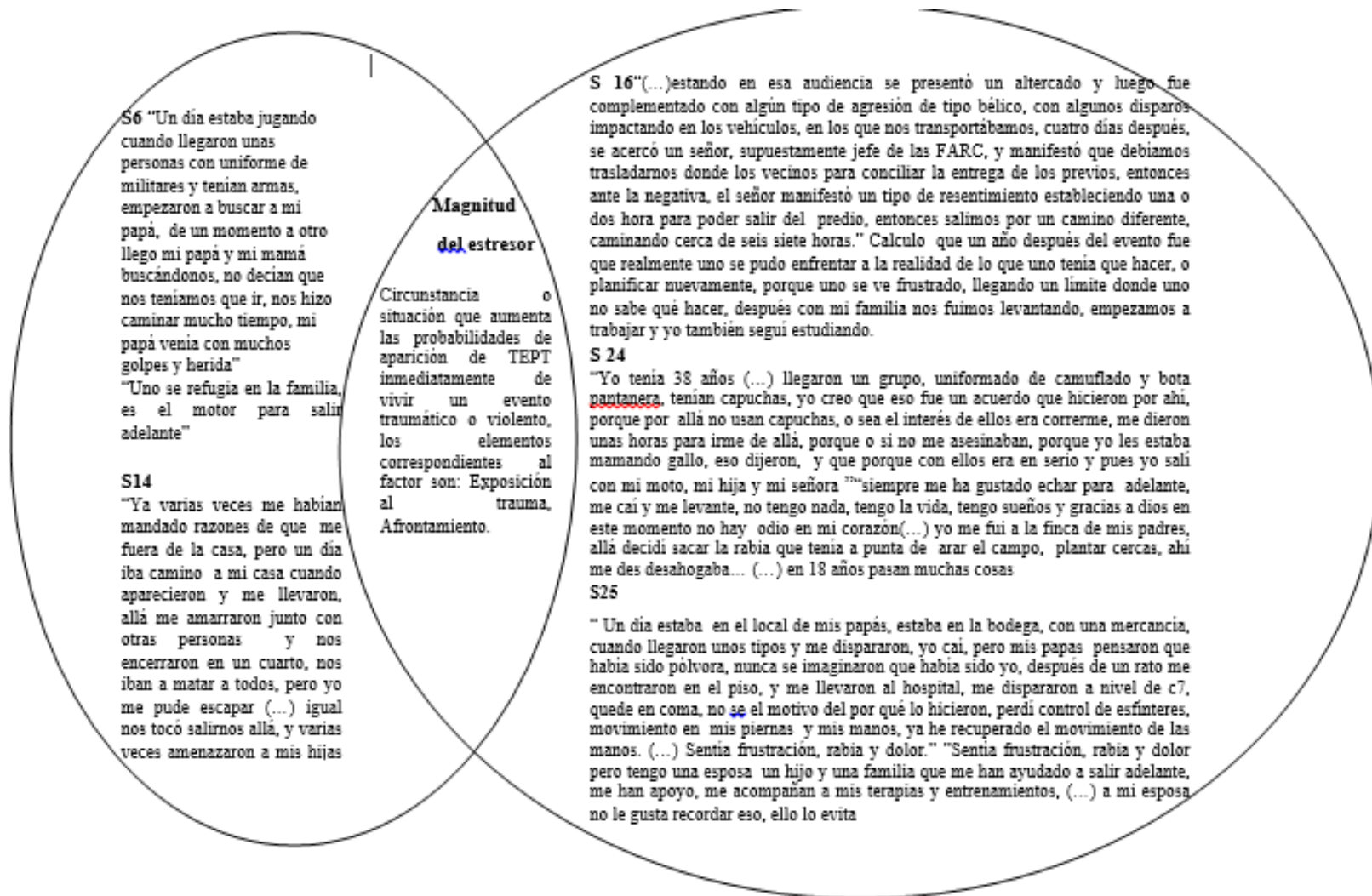


Figura 35. Círculos hermenéuticos, Magnitud del estresor. Fuente: Sánchez, M., 2018

Se plantea la siguiente definición para el factor dos, como magnitud del estresor: Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de aparición de TEPT inmediatamente de vivir un evento traumático o violento, los elementos correspondientes al factor que impulsan la aparición del TEPT son exposición al evento traumático y los mecanismos de afrontamiento.

Teniendo en cuenta esta descripción se identificaron seis sujetos que tuvieron exposición directa por vivencia de un hecho violento, enmarcando estas experiencias hacia el desplazamiento forzado de tierras, lesiones físicas, donde se ha atentado con la vida y dignidad de las personas lo que permite concluir y de acuerdo a Beristain (2000) que la dimensión del evento traumático es proporcional a los acontecimientos que implican la vivencia estresante a la que fueron expuestos los individuos, por lo que el vivenciar un evento directamente presenta mayor impacto a diferencia de los que vivencian por conocimiento u observación. Lo anterior está acorde a lo planteado por Shalev en (1996) donde indica que la exposición al evento traumático es un factor de riesgo para la aparición del TEPT, sin embargo se considera como el factor con mayor grado de predisposición para la aparición del trastorno, dado que este es el elemento fijador y desencadenante, pues seguramente así existieran otros factores de riesgo, sin la presencia del evento traumático no existiría la posibilidad de aparición del trastorno mental.

Por otro lado se identificó según la narrativa y los grupos focales que los mecanismos de afrontamiento de los individuos están guiados hacia el tipo de afrontamiento familiar, por ejemplo el sujeto 6 dice: “Uno se refugia en la familia, es el motor para salir adelante” o del sujeto 25 “Sentía frustración, rabia y dolor pero tengo una esposa un hijo y una familia que me han ayudado a salir adelante, me han apoyo, me acompañan a mis terapias y entrenamientos” lo que no representan un factor de riesgo en la aparición del TEPT.

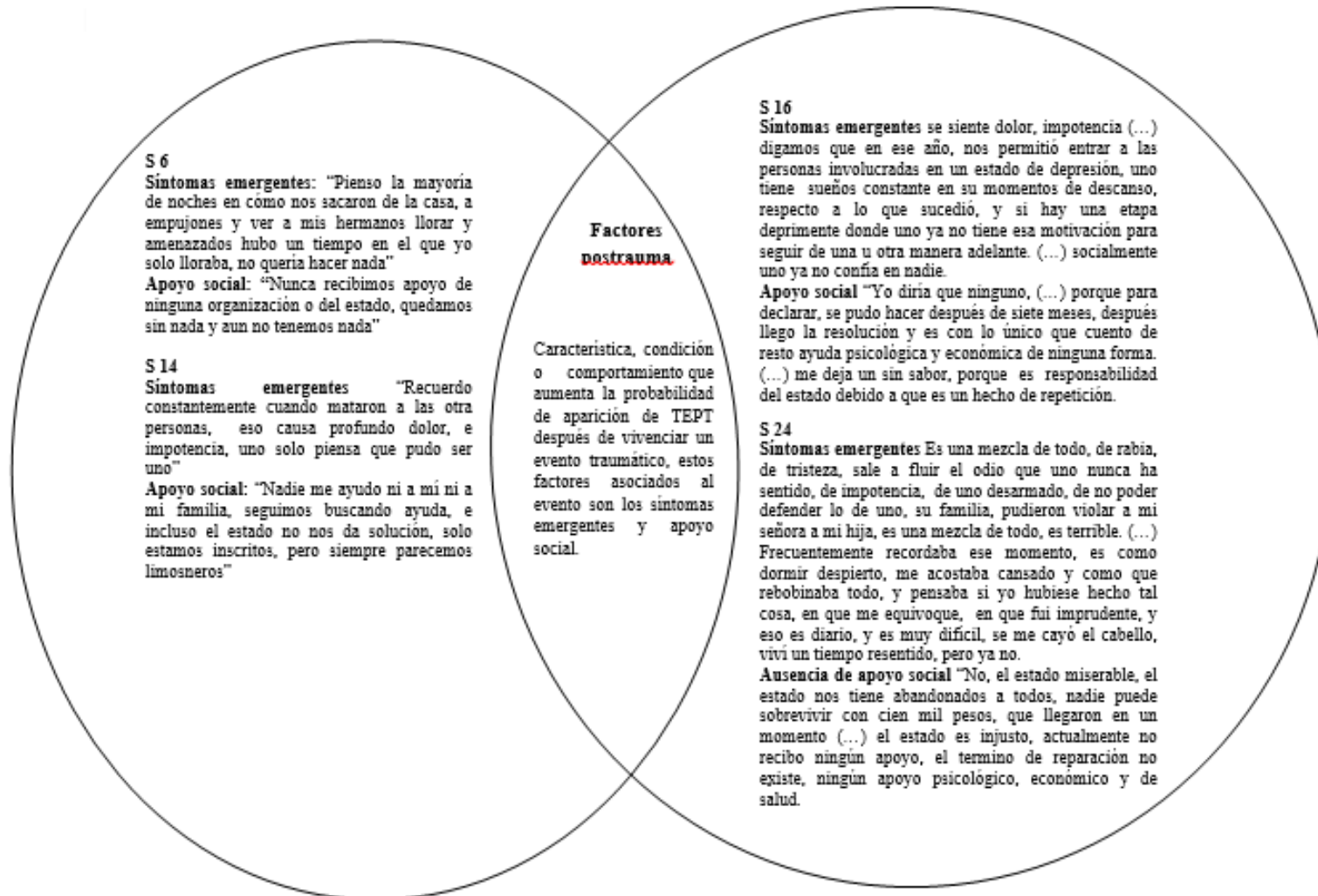


Figura 36. Circulo hermenéuticos, Factores pos trauma. Fuente: Sánchez, M., 2018

Para los factores pos trauma se determina el siguiente concepto: Característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de aparición de TEPT después de vivenciar un evento traumático, estos factores asociados al evento son los síntomas emergentes y apoyo social, encontrando que para este factor que los informantes claves y sujetos de los grupos focales describen dentro del apoyo social o red de apoyo que no han recibido ningún tipo de ayuda, sujeto 16 “Yo diría que ninguno (apoyo social), (...) porque para declarar, se pudo hacer después de siete meses, después llevo la resolución y es con lo único que cuento de resto ayuda psicológica y económica de ninguna forma. (...) me deja un sin sabor, porque es responsabilidad del estado debido a que es un hecho de repetición.

Sujeto 16 “Nunca recibimos apoyo de ninguna organización o del estado, quedamos sin nada y aun no tenemos nada”. Sujeto 14: Nadie me ayudo ni a mí ni a mi familia, seguimos buscando ayuda, e incluso el estado no nos da solución, solo estamos inscritos, pero siempre parecemos limosneros”, Lo que converge hacia una probabilidad alta de aparición de TETP en vista de que las personas no han recibido algún tipo de apoyo emocional, psicológico, ocupacional o económico se pueden exacerbar los síntomas desencadenando el TEPT teniendo en cuenta que el apoyo social cumple una función de apoyo, ofrecen identidad social y posibilitan a la sociedad control individual , además incluye apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos de servicio materiales, tienen efecto directo sobre la salud y un efecto amortiguador sobre los acontecimientos vitales estresantes (Berreuta & Bellido, 2012).

Lo anterior permitio establecer el factor con alto nivel de riesgo para la aparición del trastorno mental ya que no se cumple con ninguno de los criterios de apoyo estando este resultado en acuerdo con lo propuesto por Shalev (1996).

De igual forma el sujeto 6,14,16 ,24 cumplen con los criterios de síntomas emergentes y en referencia a los criterios del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (2016) en el cual los principales síntomas emergentes están relacionados con pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados con el suceso traumático y el estado de ánimo negativo persistente como angustia, temor, ira, pensamientos constantes, los que se presentaron inmediatamente al hecho violento referido en las narraciones lo siguiente: sujeto 14 : “Recuerdo constantemente cuando mataron a las otra personas, eso causa profundo dolor, e impotencia, uno solo piensa que pudo ser uno” sujeto 24:”

Es una mezcla de todo, de rabia, de tristeza, sale a fluir el odio que uno nunca ha sentido, de impotencia, de uno desarmado, de no poder defender lo de uno, su familia, pudieron violar a mi señora a mi hija, es una mezcla de todo , es terrible. (...) Frecuentemente recordaba ese momento, es como dormir despierto, me acostaba cansado y como que rebobinaba todo, y pensaba si yo hubiese hecho tal cosa, en que me equivoque, en que fui imprudente, y eso es diario, y es muy difícil, se me cayó el cabello, viví un tiempo resentido, pero ya no”.

Presentándose estos síntomas como un futuro desencadenante hacia la aparición del TEPT puesto que si estos no son intervenidos o atendidos su intensidad puede aumentar y por ende las posibilidades de aparición del trastorno también, lo que comprueba lo establecido por Shalev en 1996, donde indica que los síntomas emergentes pueden desencadenar en una enfermedad mental.

Discusión de resultados

En este punto se presentan los resultados de la investigación para determinar la influencia en los factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés posttraumático y los roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado en norte de Santander.

Existen diversos estudios que han sugerido que el TEPT se encuentra dentro de los resultados o consecuencias más serias y duraderas después de haber experimentado un evento traumático dado que el elemento fijador del trastorno mental se da por la experiencia de un evento altamente traumático, el cual para la investigación se configura como la vivencia de un hecho victimizante, hecho que se da por la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales, comprobando que los principales hechos victimizantes se dan en contra de los derechos a la vida, integridad y libertad de los individuos, generando un mayor impacto en la vida del individuo o del grupo de individuos los que son expresados en homicidio en un 50%, desplazamiento forzado 40%, pérdida de inmuebles 16,7%, amenaza 16,7%, desaparecimiento forzado 3,3%, secuestro 3,3%, minas antipersona 3,3%, lesiones físicas 3,3%.

El impacto de la vulneración de estos derechos es proporcional a los acontecimientos vivenciados traumáticos y violentos a los que fueron expuestos los individuos, puesto que se pudo determinar que los individuos que fueron expuestos a un evento violento (factor post trauma) de forma indirecta presentan menor predisposición en la aparición del TEPT ya que el evento se da por conocimiento lo que permite el funcionamiento de mayores recursos de afrontamiento ante el suceso, por el contrario quien han vivenciado el trauma de forma directa presenta mayores consecuencias emocionales, ocupacionales físicas y económicas lo que aumenta el riesgo de desencadenamiento del trastorno por estrés posttraumático.

No obstante, otros factores predisponentes identificados en la categoría de factor vulnerabilidad pre trauma con alta probabilidad para la aparición del TETPT se relacionan con el género, la traumatización temprana y las experiencias negativas tempranas; respecto a la edad se halló relación con las perspectivas biológica que indica que el hipocampo en las mujeres es más sensible, y el sistema límbico responde de manera aumentada ante las emociones, la perspectiva feminista – psicodinámica que supone que las mujeres víctimas tienen mayor probabilidad de culparse a sí mismas por la violencia de la experiencia traumática que los hombres; y la perspectiva social- cognitiva, en que los hombres son descritos socialmente como activos, instrumentales y agresivos y las mujeres como pasivas, dependientes y emocionales, puesto que las mujeres manifestaron sentirse con mayor sintomatología de tristeza, depresión, además de que su tiempo de aceptación ante el evento duro mucho más tiempo que el de los hombres, de igual forma al verbalizar los eventos los hombres demuestran menos emociones y mayores mecanismos de afrontamiento que el de las mujeres.

Al mismo tiempo la traumatización temprana y las experiencias negativas permiten el desencadenamiento del trastorno, dado que los lazos emocionales y el núcleo familiar en los primeros meses de vida y en la infancia son vitales para la adquisición de los vínculos que permiten la maduración emocional, cognitiva y las bases para la estructuración de la identidad infantil, por lo que la presencia de estos dos fenómenos en la infancia reduce los mecanismos de afrontamiento conllevando a reprimir los sentimientos y emociones en la etapa infantil, sin embargo estos sentimientos y emociones pueden ser representadas a lo largo del desarrollo del sujeto en el comportamiento de forma inconsciente, que se puede traducir como una enfermedad mental en la edad adulta.

Elementos del factor pos trauma como síntomas emergentes y la red de apoyo o apoyo social representan un rol fundamental en la aparición del TEPT a causa de que son elementos que son intervenibles y que a causa de esto disminuyen la probabilidad de aparición del TEPT. Pues en primer lugar la presencia de las redes de apoyo ofrecen identidad social y posibilitan a la sociedad control individual, además incluye apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos de servicio materiales, tienen efecto directo sobre la salud y un efecto amortiguador sobre los acontecimientos vitales estresantes disminuyendo la probabilidad de TEPT, por el contrario la ausencia de las redes de apoyo dificultarían los objetivos y funciones de estas, aumentando la aparición de síntomas emergentes de evitación, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados con el suceso y del estado de ánimo negativo alcanzando rápidamente el trastorno mental.

También se identificó que aunque el propósito de la investigación es identificar los factores de pre disponibilidad ante el TEPT hay elementos que pueden ser elementos protectores, como por ejemplo los mecanismos de afrontamiento, encontrando que los individuos hacen uso de mecanismos de afrontamiento familiar para superar el evento violento, ya que este es expresado con la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, reduciendo así la aparición del TEPT.

Expuesto lo anterior se puede inferir y de acuerdo a los planteamientos de Shalev en 1996 respecto a los factores asociados al TEPT que los factores de mayor riesgo para la aparición del trastorno mental hacen referencia a la magnitud del estresor, teniendo en cuenta que aunque existen factores propios de la persona (factores de vulnerabilidad pre trauma) sin la existencia de la exposición al evento traumático o violento no se desarrollaría un TEPT, agregando además que los síntomas emergentes son prevenibles a través de los servicios que presta una red social u

organizaciones de red de apoyo. Lo que conduce a que aunque el hecho violento no puede ser prevenido a causa de su naturaleza las consecuencias de este si pueden serlo, mediante la atención oportuna.

Definidos los factores que presentan mayor pre disponibilidad para la aparición del trastorno por estrés posttraumático en las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander es necesario definir los síntomas ocupacionales encontrados, que a partir de los criterios diagnósticos del DSM V (2013) se originan por la presencia de uno o más de los síntomas de intrusión ,evitación persistente de estímulos asociados, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo que conllevan a una disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, además del deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, basada en lo anterior se identificó que a partir de la exposición al evento traumático (elemento de factor de magnitud del estresor).

Se presenta una impacto en los patrones de organización específicamente en los roles ocupacionales, este impacto se reflejó de tres formas, el primer impacto se vio reflejado en que los individuos mantienen la participación de roles y designación de un valor como muy valioso los roles familiares y los relacionados con el (Miembro de familia, proveedor de cuidados, amo/a de casa) , debido a que se presume que este rol ejerce influencia directa en el enfrentamiento del hecho violento en el que la ejecución de estos roles son considerados como mecanismo de afrontamiento (elemento de factor de magnitud del estresor) con un tipo de estrategia familiar ,expresada como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, identificando que en el núcleo familiar los individuos encuentran significado y sentido de la vida lo que se relaciona directamente con la espiritualidad , convirtiéndose en centro de sentimientos volicionales que

impulsan el trabajo de entendimiento y superación a un evento vicimizante respondiendo ante las demandas del entorno.

Lo anterior también se deja ver mediante los resultados de datos sociodemográficos en los que se evidencia que la familia de tipo nuclear cuenta con una frecuencia del 50% infiriendo que los vínculos familiares a partir de un evento se mantienen o se afianzan; El segundo fenómeno se encuentra relacionado con la internalización y participación de nuevos roles sociales (rol de participante religioso y participante en organizaciones) dado que estas son vistos por los individuos como un tipo de apoyo, debido a que en la religión las personas encuentran una conexión con el ser mismo y con los demás, concibiendo una forma de dirección de vida, siendo este apoyo significativo de forma emocional, lo que respecta al rol de participante en organizaciones presenta las mismas características de participación , identificación e internalización del rol con una designación de valor muy alta pues está relacionado a la vinculación de las asociaciones de víctimas conformadas en la ciudad que desde las perspectiva de los individuos se toma como una red de apoyo que facilita el conocimiento de derechos en lo que respecta a su condición de vulnerabilidad, sin embargo mediante la entrevista y la observación se puede determinar que esta no es funcional en lo que concierne a las funciones de apoyo integral, agregando a su vez dificultades en destrezas de comunicación y sociales y destrezas de regulación emocional.

El tercer efecto está reflejado en el abandono de los roles del trabajador, estudiante y aficionado debido a las consecuencias que dejó el evento victimizante; El rol de trabajador se ve alterado en primer lugar en su no ejecución, por la característica de edad ya que los participantes están en un rango de edad perteneciente a la etapa de adulto y adulto mayor, lo que no permite la realización de actividades productivas tanto por el declive de las capacidades físicas, como por

las condiciones laborales solicitadas para la adquisición de un trabajo formal, en segundo lugar se ha visto influenciado en su ejecución por factores como el cambio de contexto, pues el hecho victimizante ha obligado a los individuos a abandonar sus lugares de origen, desplazándose al casco urbano y rural de la región, exigiéndoles adaptarse a nuevas formas de trabajo (formal e informal) las cuales no son significativas en su realización, debido a que no están acorde a sus conocimientos, habilidades e intereses, conllevando a una alienación ocupacional.

El rol de estudiante en el presente tiene una frecuencia del 47% en su no identificación e internalización debido a los intereses propios de la edad (adulto y adulto mayor), determinando que este rol hace parte de una etapa del pasado para la población, especialmente en la etapa de infancia, en la cual se cumplía este rol en termino hasta la primaria y mitad de secundaria, debido a factores económicos, evidenciado también en el nivel educativo como datos sociodemográfico , en el que predomina en un 43,3% la educación primaria y en un 26,7% la educación secundaria, agregando también que a partir de los diferentes hechos violentos los individuos asumían tempranamente un rol productivo para poder subsanar las necesidades básicas en alimentación, vivienda y vestido, abandonando el guion y finalmente la identificación el rol.

En relación al rol de aficionado se observa que los participantes se identifican en un 30% con el rol, lo que representa muy poca participación, teniendo en cuenta que el ciclo vital de las personas mayores está fuertemente influenciado por el aumento del tiempo libre y de ocio, lo que lleva a inferir que a partir de la presencia de síntomas emergentes del estado de ánimo negativo y síntomas de intrusión y evitación si hay una pérdida significativa por el interés en la participar de actividades, presentando también dificultades para experimentar placer y satisfacción, dificultando el nivel de satisfacción vital acorde a la edad, sin embargo los individuos asignan un

valor muy alto por el establecimiento de una creencia de los posibles beneficios que tendrían de forma personal.

Los hallazgos encontrados permiten corroborar las afirmaciones de Shalev (1996) (tomadas de “influencia del sexo, edad, nivel socioeconómico y apoyo social sobre los niveles de estrés postraumático en personas afectadas por las inundaciones del estado de Vargas en 1999 “) que los factores de las categorías de vulnerabilidad pre trauma, magnitud del estresor y factores pos trauma, presentan pre disponibilidad ante la aparición del trastorno por estrés postraumático, sin embargo se identifica que el factor con mayor probabilidad de riesgo hace referencia a la magnitud del estresor- exposición al evento traumático, estableciendo a su vez que los factores prevenibles ante el trastorno son los factores postrauma, que desde una atención integral adjunta a las redes de apoyo favorecen la salud mental de las personas, disminuyendo de igual forma los síntomas e impacto a nivel ocupacional descrito con anterioridad.

Lo dicho hasta aquí permite comprobar la hipótesis de trabajo que propone que los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático influyen en la ejecución de roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado, sea esta influencia positiva mediante la identificación , internalización y participación de roles ya establecidos, los cuales se describieron anteriormente como los roles relacionados con el núcleo familiar, de igual forma los roles religioso y participante en organizaciones aumentaron su identificación e internalización después del evento violento, por otra parte se identifica la des internalización de roles como el rol de aficionado.

Cabe resaltar que debido a la poca evidencia que existe desde la profesión en relación a la variable ajena (víctimas del conflicto) la presente investigación aporta conocimiento a la disciplina desde el rol del terapeuta ocupacional en el área de desarrollo comunitario y psicosocial , la validez de estos resultados para los aportes del área se basan en los criterios de confiabilidad y validez de los instrumentos

estandarizados de terapia ocupación: listado de roles y la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI II, y su implementación en población con riesgo psicosocial.

Capítulo V

Plan de acción

Nombre: OcupRehI

Eslogan: “Participando y transformando roles”



Figura 37. Logo plan de acción

Introducción

El mundo actual esta abrumado por una serie de acontecimientos como son la violencia, la crisis económica, los conflictos políticos, las desigualdades, las migraciones, la pobreza entre otros, cada una tiene un impacto en el desempeño ocupacional de las personas (Martin, 2017, pág. 81) y por ende en la salud, pues es importante reconocer que la salud no puede considerarse aisladamente del desarrollo humano y social (Organización mundial de la salud, 1998).

La violencia en el contexto nacional es una realidad que no se puede ignorar, que ha dejado huella en la vida de las personas que han experimentado un hecho violento con impacto directo en el bienestar ocupacional de los individuos, el que está asociado a elementos internos como valores, espiritualidad, motivaciones, auto concepto o el sentido de control sobre el entorno y las elecciones (Lozano, 2016, pág. 228), elementos que pueden incidir en los procesos de organización de los patrones de la vida diaria en las unidades de ocupación que las personas llevan a cabo de manera significativa, útil y satisfactoria, (Lozano, 2016) por lo que los individuos pueden dejar de ejecutar ciertas actividades, conllevando a la des internalización e identificación de roles propio de la edad.

Otro de los impactos negativos que conlleva la experiencia de un suceso violento es la predisposición para la aparición de un trastorno mental, siendo un trastorno con alta prevalencia por el elemento fijador (exposición, conocimiento u observación de un evento altamente traumático) el trastorno por estrés posttraumático el cual es derivado de la familia de Ansiedad, el que presenta tres factores de riesgo para su aparición: factores de vulnerabilidad, magnitud del estresor y factores pos trauma y que según su exposición aumenta el riesgo de aparición del trastorno.

Las anteriores consecuencias descritas hacen parte de los resultados encontrados en la investigación denominada “Factores predisponentes en la aparición de trastorno por Estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander” donde se pudo determinar a partir del listado de roles y a entrevista histórica del desempeño ocupacional (OPHI II) que los individuos presentan una desinternalización y pérdida de la identificación del rol de aficionado debido a que el hecho violento genera una desestructuración del patrón de intereses en la actualidad, teniendo en cuenta que la población está caracterizada en una etapa de adultez y adultez mayor, en la que hay una transición de adaptación ocupacional de roles activos a roles pasivos cobrando fuerza para este ciclo vital el desempeño hacia actividades de interés, disfrute y placer.

De igual manera se identificó que el elemento de red de apoyo o apoyo social del factor 3 (factor pos trauma) puede tener el papel de factor protector o por el contrario de factor de riesgo, ya que son estas las que presentan un apoyo fundamental en la rehabilitación integral y superación del hecho victimizante, previniendo o contrarrestando la aparición de sintomatología emergente en el trastorno por estrés postraumático.

Dicho lo anterior se hace necesario el diseño y la ejecución de un plan de acción que genere respuestas a las necesidades ocupacionales de las víctimas del conflicto armado, contribuyendo al bienestar ocupacional, al restablecimiento de derechos ocupacionales, calidad de vida, re dignificación de la persona y de una forma global a la rehabilitación integral de la población, lo anterior enmarcado en la internalización de roles satisfactorios y la participación comunitaria.

La ejecución del plan de acción como estrategia de intervención se llevara a cabo mediante actividades expresivo proyectivas que faciliten la verbalización de eventos importantes en la historia de vida y que limitan también la evocación de sentimientos y pensamientos que a su vez

aumentan la sintomatología emergente a partir del evento traumático, actividades de trabajo grupal que fortalezcan las destrezas sociales y participación social como medio para consolidar la red de apoyo como factor protector y por ultimo actividades lúdicas y recreativas que permitan la exploración de intereses y faciliten la identificación, e internalización de roles acorde al ciclo vital, la ejecución de las actividades planteadas se desarrollará con la asociación de víctimas “una luz en el camino”, asociación adscrita a la alcaldía municipal de Pamplona con la participación de treinta personas, trazándose como objetivo prevenir la predisposición de los factores pos trauma en el trastorno por estrés postraumático a través de la participación social (comunitaria) y la exploración de intereses dentro de la red de apoyo.

Justificación

En la investigación denominada “Factores predisponentes en la aparición de trastorno por Estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander” se determinó que la parte mayoritaria respecto a la edad, corresponde a un colectivo de personas de edad avanzada, que por su ciclo vital, presenta diferentes cambios biológicos y sociales, sin embargo los principales cambios están enmarcados en el estilo de vida determinados por una capacidad decreciente, la elección personal y la convención social (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011).

Estos cambios son más significativos y visibles cuando se suma un factor que altere la salud y el bienestar del individuo como lo es un hecho victimizante.

Los cambios más relevantes para la presente investigación en relación a las conductas esperadas del ciclo vital (adulto mayor) se pueden evidenciar en el abandono de las acciones

correspondientes a los roles de aficionado, a diferencia de los roles de miembro familiar, amigo, amo de casas que cuentan con la identificación y participación de los mismo es mayor proporción puesto que por el declive de las funciones físicas y las secuelas emocionales de un evento violento, la participación en actividades y en roles significativos no genera interés, conllevando al abandono del rol, correspondiendo según los resultados de la aplicación de listado de roles que los individuos en un 36% en tiempo presente no ejecutan el mismo, debido a que no cuentan con los recursos económicos o físicos para la exploración de intereses y disfrute de actividades o también propiciado por la presencia de síntomas emergentes a causa de la vivencia de un hecho victimizante, en los que la persona puede experimentar alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo e incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (Asociación Americana de psiquiatria, 2013) dificultando la identificación y cumplimiento con las acciones correspondientes del rol.

El 30% de la población se identifica con la ejecución del rol, sin embargo este es ejecutado de forma pasiva y realizado más individualizada , lo que ocasiona dificultades en la adaptación en la vida ocupacional dada la transición del ciclo vital de adulto a adulto mayor y las consecuencias del hecho victimizante considerando que encontrar placer y satisfacción brinda experiencias emotivas y positivas que le dan a la vida mucho de su atractivo (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011, pág. 46) que pueden colaborar a su vez a la superación del suceso.

Otro elemento identificado en la investigación que puede agudizar la sintomatología del trastorno por estrés posttraumático o colabora con su aparición, es la ausencia de apoyo social o redes de apoyo pues a través de la triangulación de datos se pudo encontrar que ninguna persona recibió apoyo social por parte del estado u organización, inmediatamente del evento

victimizante, siendo esto un factor de riesgo puesto que la presencia de una red de apoyo se asocia a una menor mortalidad y a una mejor salud mental, este valida y reconoce la experiencia traumática de las personas, y ayuda a entenderla y darle un significado, parece ser muy importante para asimilar las catástrofes y los hechos traumáticos (Beristaín, 2000).

De igual forma y en relación a los factores predisponentes y el impacto ocupacional se determina tres fenómenos, el primero se relaciona con la continua ejecución, identificación de roles familiares dado que los individuos utilizan las estrategias de afrontamiento como medio para la superación del evento victimizante, el segundo fenómeno identificado está enmarcado en el aumento de roles sociales que se consideran estrategias de afrontamiento individual en el que la espiritualidad juega un papel importante permitiendo encontrar sentido de vida después de un suceso traumático, y el tercer fenómeno se vincula con el abandono y no identificación de roles, como el de aficionado en el que no se identifican intereses, disfrute y satisfacción por la ejecución de actividades, aspecto importante que no está acorde con las expectativas del ciclo vital de la población limitando el desempeño ocupacional de los individuos.

Acorde a los resultados obtenidos y a la evaluación de las necesidades ocupacionales descritas se diseña el plan de acción “OcupRehI” el cual se desarrollara bajo la ejecución de tres tipos actividades: a) actividades creativas, expresivas y proyectivas: puesto que la realización de estas favorece la expresión individual de una forma alternativa y también pueden ser un medio para la elaboración de conflictos subjetivos, que ayudan a descubrir contenidos inconsciente y formas de vinculación con las personas y los objetos (Millares, Principios conceptuales de la terapia ocupacional, 2017, pág. 173) disminuyendo transversalmente los síntomas emergentes del evento victimizante, b) actividades grupales dado que las relaciones que genera el grupo favorecidas por la proximidad y la existencia de un “objeto” en común propician el

establecimiento de vínculos e identificaciones, y dan lugar a la puesta en juego de las formas de lazo personal propias de cada uno de los participantes (Millares, Principios conceptuales de la terapia ocupacional, 2017, pág. 174) que ayudan de igual manera consolidar la red de apoyo, la que sirve como recurso para la rehabilitación ocupacional, y c) actividades recreativas y lúdicas que permitan la exploración de intereses, disfrute, placer y la gratificación que favorezcan la identificación e internalización del rol de aficionado, acorde al ciclo vital, estos tipos de actividades tiene como principal interés plantear soluciones para solventar las necesidades identificadas, favoreciendo el bienestar ocupacional, al restablecimiento de derechos ocupacionales, la calidad de vida, y re dignificación de la persona resaltando que el participar de manera activa en la comunidad, el entorno y la familia, proporciona un envejecimiento con un alto nivel de satisfacción vital, generando una mejor adaptación social.

Objetivos

Objetivo General.

Promover la participación social en las víctimas del conflicto armado a través de las intervenciones terapéuticas que minimicen la aparición de factores pos trauma.

Objetivos Específicos.

Favorecer destrezas de regulación emocional mediante actividades expresivo-proyectivas.

Promover la exploración de intereses en las víctimas del conflicto armado a través de intervenciones lúdicas y productivas favoreciendo la identificación de roles satisfactorios.

Promover la participación en comunidad a través de actividades sociales favoreciendo interacción social.

Marco teórico

En el siguiente apartado se describen las bases teóricas que sustentan la ejecución del plan de acción “OcupRehI” para abordar las necesidades ocupacionales identificadas en las víctimas del conflicto armado los cuales se encuentran relacionados con el bienestar ocupacional, derechos ocupacionales, participación social, intereses, disfrute, pertenencia, utilidad y sentido de ocio en la edad madura, red de apoyo.

Bienestar ocupacional

El bienestar está asociado a muchos elementos internos, como los valores, creencias, espiritualidad, motivaciones, sentimiento de pertenencia, auto concepto o el sentido de control sobre el entorno y las elecciones; y a otros externos a la persona. De uno u otro modo, el bienestar se asocia con la ocupación y el impacto que esta tiene sobre la persona. De ahí que existen autores que hablen de bienestar ocupacional, refiriéndose al “proceso de organización de los patrones de la vida diaria en unidades de ocupación que las personas llevan a cabo de manera significativa, útil y satisfactoria. Las unidades de ocupación contribuyen al mantenimiento de la salud y el bienestar, y evitan aquellas ocupaciones que representan factores sustanciales de riesgo” (White & Reed, 2008) Estas unidades de ocupación son las que los terapeutas ocupacionales y las personas con las que se trabaja descubrimos, cambiamos o construimos,

tanto en contextos clínicos como comunitarios, con el fin de que, a través de su elección, participación y gestión, lleguen a identificar y definir ese sentimiento emergente como bienestar. (Lozano, 2016, pág. 228)

A continuación se describen los derechos ocupacionales, puesto que este guarda relación con el bienestar ocupacional debido a que el restablecimiento de estos derechos ocupacionales se configura con un mayor nivel de bienestar ocupacional.

Derechos ocupacionales

Se pueden definir como el derecho para implicarse en ocupaciones significativas que contribuyan positivamente a su propio bienestar y al bienestar de sus comunidades. No obstante, el bienestar de las personas, que está vinculado con los derechos ocupacionales de las personas, no solo está relacionado con las habilidades y destrezas de la personas, sino que además está estrechamente influenciado por el vínculo entre ocupación y el medio ambiente (Hammeell & Iwama, 2012).

Por lo tanto, es fundamental considerar las condiciones de desigualdad en las que viven las personas. (Martín, 2017, pág. 108) Por ende y debido a los eventos victimizantes experimentados es importante reestablecer los derechos ocupacionales de los individuos, permitiendo la identificación e internalización de roles como el de aficionado, que está relacionado con los intereses, disfrute y satisfacción de cada persona, permitiendo la elección ocupacional.

Teniendo en cuenta que los derechos ocupacionales hacen referencia a la implicación en ocupaciones significativas que contribuyen al bienestar se hace necesario describir los elementos

de intereses y disfrute, ya que a través de estos se realizan las elecciones ocupacionales significativas para las personas.

Intereses

Los intereses son los que uno encuentra placentero y satisfactorio hacer. Por consiguiente, los intereses se revelan a si mismos tanto en el goce de hacer algo como la preferencia de hacer ciertas cosas y otras no (Matsutsuyu, 1969), los intereses reflejan en forma importante logra los gustos generados por el ciclo de anticipar, elegir experimentar e interpretar las acciones personales (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011, pág. 43).

Disfrute

El disfrute de hacer las cosas comprende desde la simple satisfacción emanada de los pequeños rituales diarias hasta el placer intenso que las personas sienten al llevar a cabo las pasiones que los motivan. El sentimiento de disfrute puede generar un amplio rango de factores. estos incluyen; El placer corporal asociado al ejercicio físico, la manipulación de ciertos materiales y objetos, la satisfacción de una curiosidad intelectual, la satisfacción estética de una producción artística, la satisfacción de usar las propias habilidades para enfrentar un desafío, la creación de un producto de gusto personal, el compañerismo con otros (Kielhofner, Modelo de la ocupacion humana, 2011, pág. 44).

Como se ha afirmado con anterioridad las ocupaciones e intereses de una persona mayor cambian de acuerdo al avance del ciclo vital, para el ciclo correspondiente se evidencia un aumento del tiempo libre y ocio, el cual se ve dificultado por las condiciones de victimización,

por ende a continuación se describe el ocio en la edad de adulto mayor, dado que este es un factor fundamental que favorece la exploración de intereses para la internalización de roles.

Pertenencia, utilidad y sentido de ocio en la edad madura

El ocio como experiencia tiene vínculos importantes demostrados con la salud mental. La generación de proyectos vitales, la mejora de la autoestima y el auto concepto, la dotación de utilidad a la ocupación del tiempo libre la creación de un sentido de pertenencia a través de las actividades de ocio, etc., en el caso de las personas mayores y desde la óptica y referente del envejecimiento activo, el ocio supone un vehículo privilegiado para satisfacer las necesidades personales de este colectivo y mejorar su calidad de vida (Ytarte, Cantero, & Vilo, 2017).

Conforme a los objetivos propuestos en camino de la participación social activa en comunidad para el fortalecimiento de red de apoyo se define la participación social y sus clasificaciones, la que se utiliza como medio y como fin para prevenir la aparición de síntomas emergentes.

Participación social

Es definida por Mosey (1996) como los patrones organizados de comportamiento que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social.

La participación social se clasifica en:

Participación en comunidad: Participar en actividades que resultan en una interacción exitosa a nivel de la comunidad (es decir barrio, vecindad, organizaciones, trabajo, colegio).

Participación en la familia: Participar en las actividades que resultan en una interacción exitosa en los roles familiares requeridos y/o deseados.

Participación con compañeros- amigos: Participar en actividades a diferentes niveles de intimidad, incluyendo participar en actividades sexuales deseadas.

Está comprobado por estudios recientes que el participar de manera activa en la Comunidad, el entorno y la familia, proporciona un envejecimiento con un alto nivel de satisfacción vital, generando una mejor adaptación social. El sentirse activo, productivo, útil e implicado socialmente en la comunidad de pertenencia, es claro indicador de la calidad de vida global de las personas mayores. El estar activo ofrece un resultado positivo y satisfactorio: tener salud, relaciones sociales, independencia y autonomía.

Teniendo la terapia ocupacional un compromiso continuado con la actividad con propósito a lo largo de todo el ciclo vital de la persona puede contribuir, de forma preventiva, a la satisfacción vital de la persona mayor, difundiendo y promoviendo actitudes y comportamientos positivos para afrontar la etapa que nos ocupa. Asimismo, promover el cambio de estereotipos sociales, en torno a la vejez, por los mismos mayores y estimulando una mayor participación social en la comunidad (Rodríguez F. , 2010, pág. 47).

Red de apoyo

Bott (1955) señaló que la red es una configuración social en la que algunas, unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí.

Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes.

La literatura sobre apoyo social ha demostrado que el percibir apoyo social está relacionado con mejores resultados y mejor adaptación a la vivencia de situaciones estresantes (Cohen, 1988).

Beristaín (2000) afirma que el apoyo social se asocia a una menor mortalidad y una mejor salud mental. El apoyo social que valida y reconoce la experiencia traumática de las personas y que ayudan a entenderla y darle un significado parece ser muy importante para asimilar las catástrofes y los hechos traumáticos. Las personas que tienen mayor apoyo social se sienten mejor que aquellas que están aisladas o no tienen un confidente.

“El apoyo social no consiste en tanto a la mera existencia de una red objetiva de relaciones sociales o personas, sino que esa red sea funcional y percibida por los demás como fuente de apoyo y de comprensión” (Beristain, 2000)

Modelos y marcos de referencia de terapia ocupacional

La esencia de la terapia ocupacional consiste en, por una parte, el análisis y evaluación del impacto de la enfermedad del trastorno, de la disfunción psicosocial y/ o de un acontecimiento vital estresantes en el comportamiento ocupacional del individuos, y por otra, en el uso de la ocupación como herramienta para evaluar la función, así como para prevenir la disfunción ocupacional (López, Apestegui, Gracia, Berreuta, 2006).

Para realizar el análisis, evaluación e intervención sobre los acontecimientos de tipo violento y traumático y su impacto ocupacional se debe realizar una fundamentación basada en los paradigmas desde la terapia ocupacional, por esto, a continuación se describen los modelos y marcos de referencia propios de la disciplina que cimienta la intervención terapéutica para dar respuesta a las dificultades ocupacionales de la población estudiada.

Modelo de la ocupación humana

El Modelo de Ocupación Humana parte de un marco conceptual de práctica que trata de identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los que se mantiene la ocupación humana. Este modelo considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional. Define tres sistemas internos de la persona: volición, habituación y capacidad de desempeño.

La **volición** hace referencia al proceso mediante el cual las personas se motivan hacia algo y eligen lo que hacen. Incluye:

Causalidad personal: Conciencia de las habilidades de uno mismo y la sensación de cuán eficaz es uno para alcanzar lo que desea.

Valores: se fundamentan en la comprensión del mundo con sentido común proporcionada por el contexto socio cultural. Definen que vale la pena hacer, como desempeñarse uno mismo y que objetivos y aspiraciones merecen compromiso.

Intereses: Se refieren a lo que uno encuentra placentero hacer.

La **habituación** organiza las actividades propias en patrones recurrentes que constituyen la mayor parte de las rutinas diarias, Incluye:

Hábitos: Tendencias adquiridas para responder y desempeñarse de manera automática en determinadas formas sistemáticas en ambientes o situaciones familiares.

Roles: A través de la interacción con los demás, las personas también internalizan actitudes y formas de comportarse que pertenecen a un rol determinado. Una vez internalizado un rol, actúa como marco para poner atención y desenvolverse en el mundo.

La **capacidad de desempeño:** Es la capacidad para realizar actividades, proporcionada por el estado de los componentes subyacentes objetivos físicos mentales y la experiencia subjetiva correspondiente.

El MOHO, también incluye a los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño.

Se emplea el MOHO dado que destaca que, solo las personas son capaces de lograr su propio cambio, en el cual se pueden evidenciar la aceptación y aumento de las capacidades después del evento violento, lo que favorece el afrontamiento y superación del evento, el desarrollo de valores para llevar a cabo elecciones ocupacionales positivas que se relacionan a su vez con la identificación de intereses, disfrute y placer acorde a las edades correspondientes del ciclo vital de adulto y adulto mayor, adquisición de nuevos roles como por ejemplo el rol de aficionado el que se internaliza a través de la exploración de intereses y el aumento de la participación en ocupaciones significativas.

Modelo de ecología del desempeño ocupacional

El modelo fue desarrollado en 1994 por Dunn, Brown y McGuigan, Este modelo surgió con la finalidad de otorgar una mayor relevancia a las complejidades del contexto tanto en la evaluación como en la intervención de terapia ocupacional. Por ello, tiene como fundamento conceptual central como la ecología, entendida como la interacción entre una persona y el contexto, influye en el comportamiento de la persona y en el desempeño de las tareas cotidianas. De modo que el contexto es la lente a través de la cual una persona considera las oportunidades para el desempeño ocupacional.

Los principales componentes de este modelo son la persona- considerando sus habilidades, destrezas y tareas- y su rango de desempeño ocupacional. De acuerdo con lo que plantean Dunn, Brown y McGuigan, las destrezas y las habilidades de la persona en un contexto particular determinar la selección y el desempeño de las tareas específicas definidas, según este modelo, como el conjunto de comportamientos objetivos necesarios para llevar a cabo un determinado objetivo. De modo que el rango de desempeño ocupacional de cada persona depende de su experiencia pasada y de los recursos que dispone en la actualidad.

Por lo tanto, la limitación en los recursos tiene un impacto directo en el desempeño ocupacional de la persona, así como en sus habilidades y destrezas.

Se hace uso de este modelo partiendo de que tras sufrir un hecho victimizante sea cual sea su origen se modifican las condiciones del contexto, por tanto los recursos personales, físicos y comunitarios con los que contaba anteriormente un individuo antes de la victimización se pueden

ver limitados y por ende el desempeño ocupacional desde los roles ocupacionales , es por esto que comprender la interacción entre persona tarea y contexto, permite identificar las necesidades de la población y posteriormente intervenirlas desde estrategias que favorezcan los promoviendo el desempeño ocupacional de los individuos, minimizando la vulnerabilidad psicosocial.

Marco de referencia analítico

El marco analítico está basado en las teorías que Freud comenzó a crear a principios del siglo XX. El marco analítico se centra de manera especial en el estudio de las teorías sobre el inconsciente: Estudia y explica las motivaciones inconscientes que llevan a los individuos a las acciones, las interacciones y las creencias.

La intervención desde el marco analítico viene determinada por el acceso del individuo a la parte inconsciente con el fin de que se vuelva consciente y pueda este reajustar su vivencia en un futuro y su manera de relacionarse con lo que le rodea.

La práctica de la terapia ocupacional entendida desde un punto de vista analítico se dirige a la utilización del significado, el objeto y la interpretación con el fin de potenciar el autoconocimiento y la conciencia del individuo para que pueda realizar su funcionamiento ocupacional.

Se hace uso de este marco de referencia debido a que la utilización de las técnicas artísticas creativas expresivas y proyectivas, condensadas en la escritura, la cerámica, la música, la pintura teatro o danza favorecen la expresión individual de emociones, sentimientos y pensamientos del sujeto de una forma alternativa en relación de la persona y su contexto, que se encuentran relacionadas con los síntomas emergentes a causa de un hecho victimizante, también colaboran

con el cambio de perspectiva de la enfermedad (condición social, favoreciendo el afrontamiento ante el evento), mejoran la percepción de bienestar , contribuyen al apoyo social, pensamiento creativo y son un recurso ante las dificultades de expresión verbal, de igual forma despiertan intereses y favorecen los sentimientos de gratificación y disfrute.

Marco de referencia cognitivo conductual

Las teorías del aprendizaje que se integran en el marco de referencia cognitivo- conductual han sido aplicadas ampliamente en terapia ocupacional, en particular, en programas de modificación de la conducta y desensibilización, de entrenamiento de destrezas, de aprendizaje programado y de reestructuración cognitiva.

Este marco de referencia desarrolla una explicación funcional del comportamiento. La conducta se explica en relación con los estímulos que recibe el individuo del entorno; es decir la conducta, tanto adaptada como desadaptada, está en función de los estímulos del medio.

Desde una perspectiva centrada en la cognición, se abordan aquellas ideas del individuo relacionadas con alteraciones del desempeño ocupacional, que se constituyen con objetivos de la intervención, siguiendo la propuesta de Hagedorn, de forma general se persigue:

Que el individuo reconozca las emociones negativas.

Identificar las conexiones entre las emociones negativas y los pensamientos, también negativos que producen.

Observar como los pensamientos negativos también inhibe el comportamiento adaptado.

Desarrollar modificaciones en los pensamientos negativos.

Reemplazar pensamientos negativos por pensamientos positivos.

Adquirir control sobre la propia vida, estableciendo metas específicas, cuantificables, tangibles, alcanzables, trabajando para conseguir las por medio de pasos pequeños y útiles.

Aplicar estrategias de resolución de problemas para reducirlos o para encontrar soluciones.

Aplicación de técnicas de manejo del estrés o para la mejora de habilidades sociales y la comunicación.

Suministrar auto recompensas al alcanzar los logros esperados.

Se hace uso de este marco de referencia dado que a partir del entrenamiento de las destrezas, específicamente de las destrezas de regulación emocional, el individuo puede identificar y progresivamente manejar las emociones, la relación entre emociones negativas y pensamientos, modificar pensamientos negativos mediante el uso de técnicas de reducción de estrés que favorezcan el auto control permitiendo disminuir los síntomas emergentes a causa de un hecho victimizante favoreciendo el desempeño ocupacional, promoviendo a su vez la participación en actividades significativas

Enfoque psicosocial

Se considera Holístico, en la medida que se interesa por las percepciones de la realidad del individuo y sus reacciones a ella, así como de la capacidad de comunicarse con otros y toma al individuo como un ser biopsicosocial que interactúa dentro de un medio, el cual a su vez está conformado por grupos como la familia, lo laboral y lo social, dentro de los cuales el individuo desempeña diferentes roles que le permiten aprender los valores, creencias y normas adquiriendo una posición dentro de sus grupos y su cultura. El enfoque psicosocial toma dos aspectos:

La habilidad del individuo para establecer y mantener relaciones interpersonales y para funcionar como miembro de un grupo y el conocimiento que tenga el individuo de sí mismo que le posibilite proyectarse, actuar, crear, pertenecer a un ambiente dado y adaptarse a las circunstancias cambiantes de este.

Se aplica cuando el individuo no logra asumir e identificarse con los roles propios de su edad o bien estos están alterados como consecuencias de un proceso de enfermedad, encontrándose un ego débil y con escasas herramientas y mecanismos para adaptarse, funcionar y producir, cuando el individuo no muestra la capacidad para expresar sus necesidades y deseos para establecer relaciones y comunicarse con otros y reconocer en estos sus necesidades y deseos.

Se emplea el enfoque psicosocial, desde la perspectiva de que el individuo es un ser biopsicosocial, el cual necesita estar en relación y contacto con su contexto y entorno, ya que este facilita y posibilita el desempeño ocupacional del individuo, haciendo hincapié en el contexto social, el cual para el presente plan de acción se constituye en la red de apoyo que debido a las dificultades relacionadas con los miembros, no está acorde a los objetivos del apoyo social, por ende se hace uso de las técnicas grupales que favorezcan la interacción social con base a la comunicación asertiva, adaptación social, comunicación verbal, trabajo grupal en el que se propicie el establecimiento de vínculos comunitarios y cohesión grupal y así promover la participación comunitaria como factor protector ante un hecho victimizante.

Metodología

Teniendo en cuenta los objetivos del plan de acción se llevara a cabo la ejecución del mismo mediante la ejecución de actividades grupales de forma directa, con la utilización de métodos de enseñanza verbal y demostrativo, en las que se promueva la participación activa de la población, mediante el uso de actividades significativas que promuevan la exploración de intereses y el trabajo grupal, haciendo uso de recursos lúdicos , generando una atmosfera terapéutica que promueva la confianza, el respeto, apoyo y asertividad de manera que se fortalezca la red de apoyo como facilitador en los procesos de rehabilitación las actividades se ejecutaran en tres fases, teniendo en cuenta tres tipos de actividad; la primera fase”

Representando con lenguajes artísticos” está guiada por las actividades expresivo proyectivas y artísticas que favorezcan la expresión y verbalización de sentimientos y emociones, la segunda fase “ explorando intereses, internalizando roles” está guiada por las actividades lúdicas y productivas que faciliten la identificación de intereses y la última fase “tejiendo mi red de apoyo” está orientada hacia las actividades grupales promoviendo la interacción social, estas se ejecutaran cuatro veces por semana con una intensidad de 40 minutos por sesión con los grupos conformados por diez integrantes, cada uno.

Procesos terapéuticos

El proceso terapéutico de refiere a aquellos medios que permiten la intervención funcional acorde a los factores de intereses personales, contexto, cultura y participación voluntaria del cliente (AOTA, 2010), que juegan un papel importante dentro de la ejecución del plan de acción puesto que su análisis e implementación correcta facilitara o limitara la participación activa de los individuos

A continuación se describen los componentes del proceso terapéutico que intervendrán en la ejecución del plan de acción:

Motivación

La motivación es uno de los elementos nucleares de todo tratamiento (Romero, 2006) puesto que permite o no la participación activa de los individuos, por esto para el desarrollo del plan de acción la motivación estará dada de forma intrínseca por el sentido de placer e interés que encuentre en cada actividad estando relacionado a la superación del evento violento o la disminución de estados de ánimo negativos, y de forma extrínseca está dado por la didáctica, pedagogía y actitud utilizada por la terapeuta ocupacional en formación, por los materiales a usar, las instalaciones donde se ejecuten las actividades, las cuales deben ser estimulantes y los condicionantes verbales de apoyo y de aprobación que se usen para cada actividad .

Relación terapéutica: Definida como la alianza terapéutica basada en el manejo de un proceso donde están contextualizadas una parte importante de nuestras intervenciones, consecuencias del manejo habilidoso de la relación con el paciente de forma individual y grupal (Crepeau, 2010).

Teniendo en cuenta las características de la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales a la vida, la libertad, la honra, la dignidad, la convivencia pacífica, la paz, entre otros derechos vulnerados durante la ejecución de las actividades se establecerá una relación terapéutica basada en elementos que propendan la confianza, el respeto, la empatía, la comunicación asertiva que promuevan una atmósfera terapéutica armoniosa.

Recursos físicos: Según la AOTA (2010) los recursos no humanos corresponden a aquellos aspectos del contexto físico. Las actividades se desarrollaran en un aula de las instalaciones de la feria, con condiciones de óptima iluminación, espacio amplio, y adecuada ventilación, permitiendo a los usuarios desempeñarse sin obstáculos físicos.

Recursos humanos: Conjunto de personas con las que cuenta una organización, para desarrollar y ejecutar de manera correcta actividades y tareas por medio del análisis de la actividad (Polonio, 2010). Para las intervenciones se contara con un grupo de treinta personas víctimas del conflicto armado, las cuales se dividirán en tres grupos de diez personas, de igual manera se encuentra la terapeuta ocupacional en formación quien dirigirá cada una de las actividades planteadas.

Tipo de actividad: Las actividades a ejecutar se desarrollarán bajo una modalidad grupal dado que los procesos grupales permiten logro y crecimiento personal autoconocimiento y desarrollo de habilidades sociales , directa en vista de que la ejecución de las mismas se realizara directamente con el grupo de víctimas, siendo la terapeuta ocupacional en formación la que guie los procesos, y mixta considerando que en los procesos creativos artísticos se establece una estructura y organización de las actividades sin embargo los pasos pueden tener variaciones conforme a los componentes subjetivos del individuo.


Expresivo proyectivas: Lindzey (1961). Son aquellos instrumentos considerados especialmente sensibles para rebelar aspectos inconscientes de la conducta, los cuales permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas. Son altamente multidimensionales y evocadores de datos inusualmente ricos. Se hará uso de estas técnicas para permitir la expresión de sentimientos, emociones difíciles de verbalizar a causa del evento traumático. Las actividades a realizar llevan por nombre: Protagonista de tu cuento, Pantomima, sensorio emocional, Escultura de animales, Collage social, Desactivando síntomas.


Actividades lúdicas: Permiten al ser humano comunicarse, sentir, expresarse y producir en una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que lleva a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones. (Reyes, 2013) Se involucra el placer y la gratificación dentro de un contexto grupal. La utilización de estas actividades permite identificar los intereses de la población, lo que permitirá establecer a su vez que intereses permite la internalización del rol aficionado. Las actividades a realizar llevan por nombre Karaoke- caiga en la nota, Juegos tradicionales.


Actividades productivas: Este tipo de actividades están dirigidas hacia la obtención de un producto final, las que permiten para la investigación explorar si los intereses y el disfrute de las victimas están relacionados con la satisfacción de crear un producto de gusto personal. Las actividades a realizar llevan por nombre; Arte creativo manual, taller de belleza, taller de maquillaje, taller de repostería.

Actividades sociales, grupales: En estas actividades todos los miembros deben interactuar, involucrándose en un proceso continuo de acción, reacción y adaptación con los otros, como consecuencia se desarrolla un sentido de pertenencia del grupo, la capacidad de cooperación, intercambio responsabilidad y autonomía, y desarrolla sentimientos de seguridad, superar temores e inhibiciones. La ejecución de este tipo de actividades fortalece la red de apoyo permite la participación activa de miembros y la rehabilitación ocupacional basada en el trabajo grupal. Las actividades a realizar llevan por nombre: Adivina la acción, Tangram gigante, Rally, acrósticos grupales, Jenga de valores.

Etapas del plan de accion

 primera fase: “Representando con lenguajes artísticos”

 gunda fase: “Explorando intereses, internalizando roles”

 rcera fase: “Fortaleciendo mi red de apoyo”

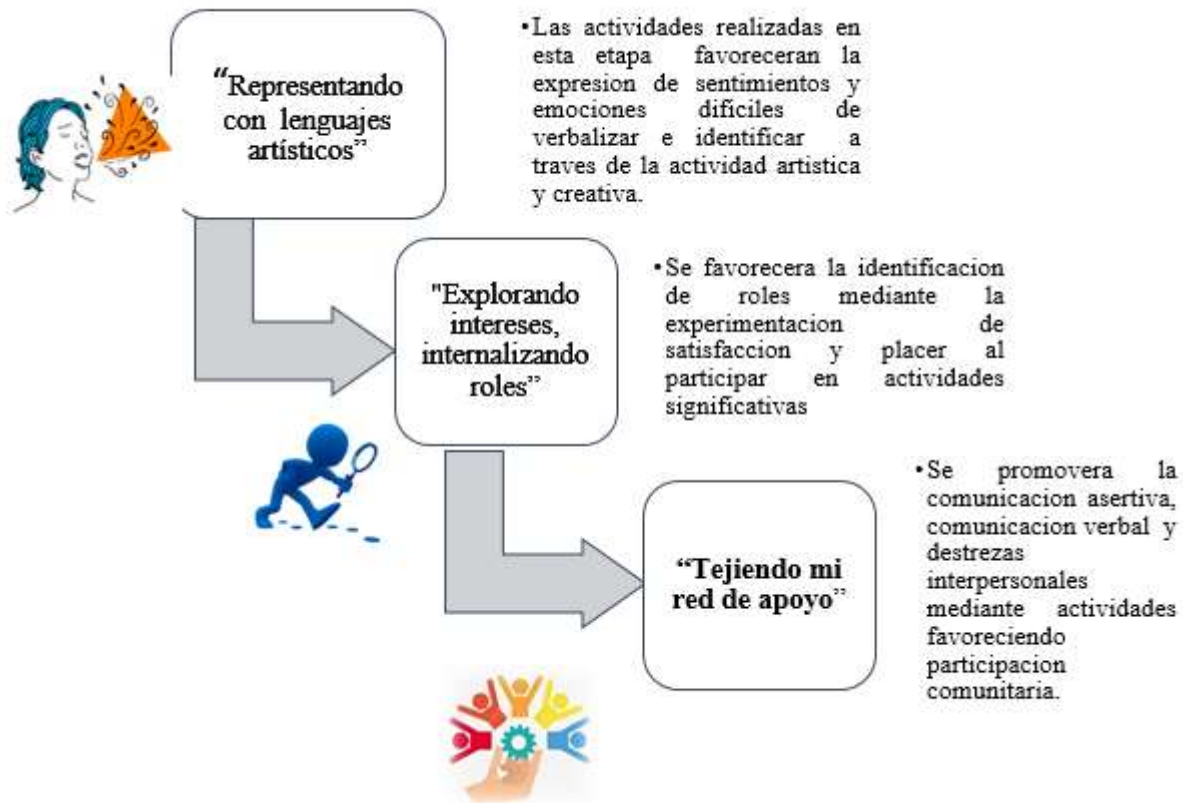


Figura 38. Etapas plan de acción. Fuente:Sanchez, M.,2018

Cronograma de actividades

Tabla 47. Cronograma de actividades

Nombre de la actividad	Octubre					Noviembre																													
	Semana 1					Semana 1				Semana 2				Semana 3				Semana 4				Semana 5													
	l	n	n	J	v	l	m	m	j	v	l	M	m	j	v	l	m	m	j	v	l	m	m	j	v	l	m	m	j	V					
Protagonista de tu cuento				2																															
				5																															
				x																															
Pantomima sensorio emocional				2																															
				6																															
				x																															
Modelando el núcleo familiar							6																												
							x																												
Collage social										8																									
										x																									

Descripción de actividades

Primera fase

“Representando con lenguajes artísticos”



La proyección es un mecanismo de defensa con el que el “yo” se protege de las pulsiones amenazantes a través de la exteriorización (proyección) en otros. Como este material es inconsciente, el yo niega su existencia como material propio (lo que ha depositado en otros) (Cornejo & Brik, 2003).

A partir de lo anterior se plantean las actividades que favorecerán la expresión de emociones y sentimientos difíciles de verbalizar e identificar a través de las actividades artísticas y creativas basadas en técnicas de evaluación apoyadas en la drama terapia las que tiene por rol ayudar a las personas crear y externalizar su conflictiva interna, que permitan identificar la percepción del propio individuo y su entorno.

Actividades

Tabla 48. Actividades primera fase

Fecha	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos terapéuticos	Recursos	Resultados esperados
25/10/18	Protagonista de tu cuento (Identificación del self)	Se entrega una hoja en blanco a los usuarios con sus respectivos lápices y colores, se pide a cada usuario que divida la hoja en seis partes, de la manera que desee pero sin cortarla, en cada uno de los cuadros, debe representar con dibujos o símbolos , partes del cuento que él cree, en el siguiente orden 1: Héroe o heroína, Nombre, ubicarlo en el tiempo 2: Todo héroes tiene una misión que cumplir ¿Cuál es? 3: ¿Qué obstáculos tendrá que vencer para alcanzar su misión? 4: ¿Quién lo ayudara a cumplir su misión? ¿Tiene alguien que lo pueda asistir? ¿Tiene un amigo?	Favorecer de consciencia y emociones mediante el cuento promoviendo el autoconocimiento	Hojas de papel Lápices Colores	Dentro de los resultados obtenidos por la ejecución de la actividades se espera que a los individuos de les facilite la verbalización de sentimientos y emociones y pensamientos, de igual forma disminuir los síntomas emergentes relacionados con el estado de ánimo negativo.

		5: ¿Como la heroína, héroe enfrentara los obstáculos? 6:¿Qué ocurrirá luego? el final del cuento Finalizado esto se socializa el cuento creado por cada persona en el grupo Esta actividad permite identificar como la persona se percibe en el mundo		
26/10/18	Pantomima, sensorio emocional (Identificación del self)	Se explicará a los usuarios que es la pantomima, las posiciones básicas de la misma, posteriormente se les mostrará una serie de objetos (texturas) que se asocian con las emociones, a cada uno se le entregara una textura que debe asociar a una emoción o sentimiento y debe ser actuada mediante la pantomima, si la emoción o sentimiento es positivo debe obsequiarlo a alguien del grupo.	Facilitar la expresión de emociones mediante “pantomima sensorio emocional” favoreciendo autoexpresión.	la Texturas, de (bolas de gel, agua, la lija, arena, algodón, espuma, cartón corrugado)
6/11/18	Modelando mi núcleo familiar (Identificación familiar)	A cada usuario se le entrega el material de trabajo (arcilla). Se pide imaginar con que animal se representa y modelarlo en la arcilla, seguidamente se	Favorecer conciencia de emociones mediante modelado en arcilla	Arcilla de el en

		<p>da la instrucción que moldee a los integrantes de su familia identificándolos como animales.</p> <p>La terapeuta constantemente ira haciendo preguntas de por qué asigna las características del familiar al animal escogido</p> <p>Esta actividad permite identificar como la persona se percibe en el núcleo familiar</p>	<p>promoviendo destrezas de regulación emocional</p>
8/11/18	Collage social (Identificación social)	<p>A cada persona se le dará el material correspondiente de tijeras, colbón y cartulina y revistas e imágenes, se da la instrucción de dividir la cartulina tres partes, seguidamente se pide el recorte de las imágenes que representen la vida social y comunitaria antes y después del hecho victimizante y de las oportunidades que se han abierto o cerrado después, estas deben ser pegadas en la cartulina en forma de collage, seguidamente cada collage se pegará en una</p>	<p>Facilitar la expresión de sentimientos y emociones favoreciendo la conciencia de si mismo en el contexto social del suceso</p>

9/11/18	Desactivando emociones negativas	<p>cartelera más grande, donde se recogerán los collage de todos los participantes. se socializara el producto final</p> <p>Se iniciará la actividad pidiendo a los usuarios sentarse sobre el piso, seguidamente se explicara cómo respirar, inhalando y exhalando, seguidamente se realizará calentamiento corporal, y posteriormente se asumirán las siguientes posiciones manejando la respiración, primero posición de cubito supino brazos extendidos por encima de la cabeza, piernas extendidos y cabeza alineada, a continuación se realizará extensión y flexión de miembros inferiores, posición del niño, la vaca y el gato, cobra y por ultimo postura de loto. (posturas propias de yoga) se indica constantemente el manejo de la respiración y la visualización de escenas armoniosas</p>	<p>Promover el control de impulsos a través la actividad “desactivando síntomas” favoreciendo el manejo de estres</p>	<p>Música para meditar Colchonetas</p>
---------	---	---	---	--

Segunda fase**"Explorando intereses, internalizando roles"**

Los intereses son lo que uno encuentra placentero y satisfactorio hacer. Por consiguiente, los intereses se revelan a sí mismos tanto en el goce de hacer algo como en la preferencia de hacer ciertas cosas y otras no (Matsutsuyu, 1969).

Concerniente a lo anterior y teniendo en cuenta la pérdida de disfrute en placer en actividades significativas del adulto y adulto mayor víctimas del conflicto se proponen las actividades descritas a continuación, que favorecen la exploración de intereses y permitiendo a los individuos identificarse con actividades placenteras y posteriormente, internalizar el rol de aficionado haciendo uso del tiempo libre y ocio.

Tabla 49. Actividades segunda fase.

Fecha	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos terapéuticos	Recursos	Resultados esperados
13/11/18	Karaoke-caiga en el interés	Se pide a cada persona escoger una categoría musical, las cuales están escritas en un papel, (serán al azar) escogida la canción se reproducirá en el video beam y la persona debe cantar, en determinados momentos, se bajara el volumen de la canción, la persona debe seguir cantando e intentar seguir el ritmo de la canción hasta que se suba el volumen de nuevo, si la persona acierta en la nota o frase correspondiente obtendrá un punto, la persona que más puntos obtenga ganara.	Favorecer la exploración de intereses a través de la actividad promoviendo el disfrute del tiempo libre de actividades significativas	Video beam Parlantes Micrófono	Se proyecta que con la ejecución de las diferentes actividades los usuarios puedan identificar los diferentes tipos de actividades que causan satisfacción y goce, que les permita relacionarse con alguno de ellos y posteriormente ir internalizando estas para convertirse en un rol de aficionado basada en lo intereses y experiencias significativas
14/11/18	Ejercitando los intereses	Se organizaran dos equipos, cada equipo tendrá un color de bomba, el juego consiste en que cada equipo debe encestar una bomba en alguna de las cestas ubicadas en el espacio, cada cesta tiene un puntaje, el equipo adverso debe evitar la cesta, el equipo con mayor cantidad de puntos gana	Potenciar sentimientos de autoeficacia mediante actividad ejercitando intereses elecciones ocupacionales significativas	Bombas Cestas o baldes	

15/11/18	Despertando intereses mediante el juego tradicional	Se establecerán cinco estaciones de juegos, por ende se dividirá al grupo según la cantidad de usuarios (Más de dos personas por estación) para jugar. las estaciones estarán conformadas por parques, rana, yaces, domino y bolos) las personas deben rotar por cada estación después de pasados 15 minutos, al final se indagara por los juegos que fueron los de mayor disfrute	Favorecer la exploración de intereses a través de juegos tradicionales promoviendo el disfrute del tiempo libre en actividades significativas	Parqués de Yaces Rana Bolos
16/11/18	Cociendo intereses	A cada persona se le entregara el respectivo material de moldes, lápiz, hilos, tela, agujas, espuma, tijeras, y cadena de llavero, se enseñara la puntada requerida para cocer el llavero, seguidamente cada usuario debe calcar los moldes sobre la porción de tela, cortar los moldes, e iniciar a cocer la silueta de los moldes con la puntada enseñada , casi finalizada el rededor de la silueta se debe introducir la espuma y terminar de cocer, añadiendo también la cadena del	Favorecer causalidad personal mediante la actividad de llaveros en password promoviendo gratificación inmediata	Moldes Lápiz Hilos Tela Agujas Espuma Tijeras Cadena de llavero

20/11/18	Explorando intereses cosméticos	<p>llavero, seguidamente se añaden los detalles que cada persona desee con demás trozos de tela</p> <p>Se inicia el taller con la hidratación de la piel, para lo cual se toma una crema hidratante y es aplicada sobre el rostro en círculos con ayuda del dedo anular, posteriormente se aplicara el corrector sobre ojeras e imperfecciones, a continuación se toma la base de maquillaje correcta para el todo de piel, esta se aplicara donde e color de la piel necesite unificarse, puede ser con ayuda de brocha, o con el dedo anular, terminado lo anterior se aplica el polvo traslucido , con ayuda de una brocha, culminado se aplica el rubor, con ayuda de una brocha en la parte central de la mejilla difuminando hacia arriba el color. se continua con los labios, los cuales de delinean y se aplica el color deseado, se continua con las cejas, donde se toma un color de sombra o betún igual al color</p>	<p>Potenciar sentimientos de autoeficacia mediante el taller de maquillaje favoreciendo elecciones ocupacionales significativas</p>	<p>Crema hidratante Corrector de ojos Base Polvos traslucidos Delineador de ojos Sombra para cejas Sombras de colores Mascara de pestañas</p> <p>Desmaquill ante Algodón Rubor</p>
----------	--	---	---	--

		de cabello, se aplica el producto y se inicia la aplicación del dentro de la ceja, al final de la ceja difuminando el color. Para los ojos se rizan las pestañas, se aplica mascara y se delinea el ojo, para las sombras, se toma una sombra clara aplicando este desde la línea de las pestañas hasta el hueso de la ceja, se aplica una sombra de tono medio sobre el parpado móvil. Se borran las imperfecciones con desmaquillante		
22/11/18	Amasando intereses	Se dará inicio a la actividad con la realización de un puré de banano, seguidamente se aplica avena en hojuelas hasta lograr una consistencia homogénea, se agregan uvas pasas y esencia de vainilla, posteriormente se realizan pequeñas galletas con la masa preparada y se llevan al horno por 10 minutos seguidamente se realizara un dulce de mora, se dará la indicación de verter sobre una olla media taza de agua con dos cucharadas de	Promover causalidad personal a través de la actividad de repostería favoreciendo la identificación de intereses.	Estufa Olla Cucharas Horno microondas Bananos Azúcar Esencia vainilla Uvas pasas Polvo para hornear Mora Agua Platos Bandeja

azúcar, se pone a calentar esta mezcla, simultáneamente limpian las moras retirando las hoja, se cortan en pequeños trozos , introduciéndolas a la olla con el agua y el azúcar, esta preparación se dejar hervir 15 minutos, revolviendo constantemente, terminados los quince minutos y retirados las galletas del horno microondas , se ponen las galletas sobre el plato, aplicando encima el dulce de mora

Fuente: Sánchez, M., 2018

Tercera fase**“Tejiendo mi red de apoyo”**

Las redes de apoyo o apoyo social proporcionan validez y seguridad a las creencias, capacidades y otras características de los individuos e incrementan la probabilidad de los individuos, acrecientan la probabilidad de que puedan afrontar las demandas del medio, la situación del trauma y las consecuencias y pérdidas materiales e inmateriales (Morales, 1999) por las características de las redes de apoyo y con la identificación de esta como factor protector ante el trastorno mental se diseñan las actividades descritas a continuación la cuales favorecen la participación comunitaria a través del estrechamiento de vínculos comunitarios mediante la comunicación asertiva, destrezas interpersonales e interacción social en los integrantes de la red de apoyo .

Tabla 50. Actividades tercera fase.

Fecha	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos terapéuticos	Recursos	Resultados esperados
23/11/18	comunicand o la acción	Se divide al grupo en dos subgrupos, y se ubican en las sillas correspondientes, cada grupo debe asignar un nombre, posteriormente se explica la dinámica de la actividad en la cual se menciona que cada grupo tiene un minuto para representar la mayoría de palabras mediante la mímica, para lo cual se escoge un integrante del equipo, este debe escoger	Promover comunicación asertiva a través de la actividad “adivina la acción” favoreciendo interacción social	Sillas Hojas con las acciones correspondientes Cronómetro	Con la realización de las actividades grupales se espera el favorecimiento de comunicación asertiva, el trabajo en equipo, a identificación de fortalezas grupales y personales, y el estrechamiento de vínculos entre los miembros del grupo, que les permita

		una palabra y realizar la acción ante su equipo si el grupo no adivina puede escoger otra palabra y seguir intentando hasta que se adivine la acción, solo contara con un minuto, el equipo que tenga mayor cantidad de palabras gana, cada integrante del grupo debe realizar las mímicas en el tiempo correspondiente			fortalecer la red de apoyo para que esta sea usada como un medio para la rehabilitación, y en el cual las personas puedan para afrontar y superar los hechos victimizantes
27/12/18	Construyendo equipo participativa mente	Se divide al grupo en dos subgrupos, a cada grupo se le asigna un tan gran y una ficha con una serie de	Favorecer las destrezas de comunicación verbal mediante	las 2 Juegos de tan Gram grandes	

		imágenes que se pueden realizar con el juego, cada grupo deberá realizar las imágenes solicitadas, el equipo que más rápido lo realice gana	“Tangram Gigantes” promoviendo interacción social	Fichas con figuras a realizar
29/12/18	Rally social	Previamente a la llegada de los usuarios en las instalaciones del lugar ubicara en lugares específicos pistas que corresponden a áreas específicas de la instalación. Se dividirá al grupo en dos subgrupos, cada grupo tendrá un color distintivo y	Favorecer contenido de interacción social a través de la actividad “ Rally ” promoviendo la participación comunitaria	Pistas de Cinta de colores Lápiz Sopas de letras, fichas didácticas de encontrar

un nombre, se les entregara las
una pista a cada subgrupo y diferencias
ellos deben realizar las
acciones correspondientes
en el lugar de la pista, como
por ejemplo contarle un
chiste a un compañero, llenar
una sopa de letras, contar
una adivinanza. o cantar,
cumplida cada acción se
podrá continuar a la
siguiente pista hasta retornar
al punto de partida, allí se
socializara la actividad , se
hará una actividad de
teléfono roto y se explicara

		la importancia de la		
		comunicación asertiva y el		
		trabajo en grupo		
30/12/18	Identificand o cualidades comunitaria s	A cada persona se le dará una hoja en blanco y un marcador, cada persona debe escribir su nombre de forma vertical, esta hoja será pegada en la espalda de cada persona, los demás integrantes deben escribir una cualidad o característica que inicio con la inicial del nombre, todos los integrantes deben hacer esto con sus compañeros hasta	Favorecer interacción grupal mediante actividad “acrósticos grupales” promoviendo participación comunitaria	Hojas de papel Marcadores Cinta

		completar cada nombre con		
		las cualidades, al final se		
		socializaran el acróstico de		
		cada persona y se preguntara		
		se identificaba o reconocía		
		esa característica en él y		
		como puede aportar con esas		
		cualidades a la asociación.		
5/12/13	Jenga de valores comunitarios	Se pide a las personas ubicarse alrededor del juego de jenga, cada elemento del juego tiene un valor marcado previamente, se da inicio al juego dando la instrucción de que cada jugador debe sacar un elemento de la torre	Favorecer adaptación de la interacción social	2 juegos de Jenga

construida, esperando no participación
derribarla, al sacar cada comunitaria
elemento mencionara el
valor correspondiente y
explicara por qué es
importante este valor dentro
de la asociación, cada
persona realizara el
ejercicio, cuando se derribe
la torre, se explicara la
analogía de las bases sólida y
en valores que se requiere en
una red de apoyo o
asociación para que esta sea
funcional y perdure en el
tiempo.

Capítulo VI

Producto final

Como producto final para la universidad de Pamplona, se produce un artículo de investigación, en el que se sintetiza la información recopilada a partir del estudio realizado, de igual forma se diseñó un poster, el cual fue expuesto en el VIII encuentro de estudiantes de terapia ocupacional en la ciudad de Bucaramanga, permitiendo evidenciar los procesos académicos y formativos llevados a cabo desde el programa de terapia ocupacional, por último de forma audiovisual se produce una narrativa de vida de forma audiovisual de una víctima del conflicto armado, la cual permite ser utilizada como medio para comprender los eventos críticos del individuo que impactan en el desempeño ocupacional.

Para el escenario se realizó el diseño de una galería de memoria histórica virtual, la cual lleva por nombre: **Vestigios del conflicto armado, Remembranzas ocupacionales**, la que permite hacer un recuento de experiencias testimoniales a través de la recreación fotográfica de hechos victimizantes mediante un proceso interpretativo que involucre seleccionar aspectos de la experiencia pasada, haciendo uso de la narrativa como medio para la interpretación del impacto en la vida ocupacional capturando de esta forma la memoria social y ocupacional del conflicto armado en norte de Santander.

La galería se encuentra anexa a la página principal de la alcaldía municipal de Pamplona.

Producto para la institución

Introducción.

Una apreciación integral y muy cercana a la globalidad de la vida de una persona se puede obtener desde la construcción de los relatos de las historias de vida, (Rueda Castro, 2012) pues en cada narración el individuo impregna significados personales, culturales y contextuales asociados a la experiencia; de este modo, la narración es algo más que "la manera de narrar" o que una mera "exposición escrita u oral de un hecho (Brandao, Lima, & Veras Falcao, 2014) puesto que esta trata de entender de una forma discursiva los acontecimientos que influyen en la vida ocupacional de un individuo (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2016, pág. 97)

No obstante las narrativas se pueden reconstruir a partir de experiencias obtenidas a través de imágenes, escritura, reacciones, sentimientos y significados que permiten hilar la historia de un individuo, un grupo de personas, conduciendo mediante la recuperación y recolección del material a la memoria histórica de un pueblo o nación en relación a un hecho en común.

Teniendo en cuenta que la memoria histórica se refiere a acontecimientos y hechos que adquieren un sentido especial para un país, para una clase o un grupo social, es decir, hechos que generan gran impacto social y que dejan huella en la memoria individual y colectiva de una población (Idarraga 2012), se realiza una galería virtual de memoria histórica que parte de la recreación fotográfica de hechos victimizantes hallados dentro del proyecto de investigación denominado "Factores predisponentes en la aparición de trastorno por Estrés posttraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander" en la que se utilizó la entrevista histórica del desempeño ocupacional (OPHI II) para obtener las narraciones de los participantes victimizados por la violación a derechos fundamentales a la vida, la honra y la integridad con el objetivo de comprender la dinámica social y ocupacional del conflicto armado en norte de Santander colaborando así a la construcción de memoria histórica del departamento.

Justificación.

Dentro del marco de la ley 1448 de 2011 se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y otras disposiciones que posibiliten hacer efectivo el goce de los derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, por lo que se establecen medidas de satisfacción dentro de las que se encuentran la reparación simbólica, entendida como toda prestación realizada a favor de las víctimas o de la comunidad en general que tienda a la no repetición de los hechos victimizantes, la aceptación pública de los hechos, la solicitud de perdón público y el restablecimiento de la dignidad de las víctimas y a asegurar la preservación de la memoria histórica, resaltando que conocer la memoria histórica acerca de lo sucedido durante el conflicto armado, es decir, reconstruir los hechos, hacer el diagnóstico de los impactos que la violencia ocasiona en las personas, comunidades y grupos poblacionales sujetos de situaciones victimizantes y la creación de plataformas para que la voz de las víctimas, sus familiares, y de otros actores sociales históricamente marginados sea escuchada, validada e integrada en la narrativa del conflicto y construcción de la paz da paso a la reparación integral de las víctimas. (Centro nacional de memoria histórica, 2016)

Es por esto que a partir de las entrevistas realizadas dentro del proyecto de investigación “Factores predisponentes en la aparición de trastorno por Estrés posttraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander” se utilizan las narrativas no solo como simples maneras de contar los hechos, si no que se usan como medio para determinar la realidad colectiva y social se realiza la galería de memoria histórica: **Vestigios del conflicto armado, Remembranzas ocupacionales**

permitiendo visualizar la emergencia del área social, a partir de la construcción de significados de los acontecimientos vivenciados utilizando la fotografía como mediador para la representación de experiencias testimoniales para la comprensión social y ocupacional de las víctimas del conflicto armado, conllevando a un antecedente para la construcción de memoria histórica del departamento, cumpliendo con los objetivos de dignificación de las víctimas y la promoción de una cultura respetuosa de los derechos humanos, como herramienta de contribución al derecho a la verdad y a la no impunidad.

Objetivo

Reconstruir experiencias testimoniales y documentales a través de la galería fotográfica para la comprensión social y ocupacional del conflicto armado en norte de Santander.

Nombre:

Vestigios del conflicto armado, Remembranzas ocupacionales



Figura 39. Producto final. Fuente: Sánchez, M., 2018

Conclusiones

De acuerdo a la caracterización de la población se pudo determinar que el género femenino presenta una predominancia de 66%, el cual se vincula a uno de los factores de vulnerabilidad ante la posible aparición del trastorno por estrés posttraumático, así mismo se determinó que el ciclo de vida predominante es el de adulto a adulto mayor con predominancia del 27% en el rango de 51 a 61 años, ciclo que se caracteriza por el aumento del tiempo libre y el ocio, así mismo se denota el bajo nivel socioeconómico en estrato uno con predominancia del 50% el cual está influenciado por los hechos victimizantes, y un nivel educativo caracterizado en básica primaria en un porcentaje del 43,30%

A partir de la aplicación del listado de roles se determinan tres fenómenos presentados en la ejecución de los roles ocupacionales: Abandono de roles como el rol de estudiante con un porcentaje de no ejecución en tiempo presente del 90% , trabajador 50%, voluntario 96% y aficionado 60% debido a que por características propias de la edad y el detrimento de las capacidades físicas y cognitivas los roles productivos son abandonados influenciados también por el bajo nivel educativo y condiciones sociodemográficas que no permiten el acceso a un trabajo de tipo formal , sin embargo también se evidencia abandono del rol de aficionado puesto que a partir de los hechos victimizantes los individuos pierden el interés en la participación de actividades significativas de goce y placer; el siguiente fenómeno está determinado por la internalización de nuevos roles como el de participante religioso contando con un 76,6% de participación en tiempo presente y participante en organizaciones con un porcentaje de 70% dado que a partir del acontecimiento victimizante los individuos utilizan estrategias de afrontamiento individual y colectivo en donde la población encuentra beneficios relacionados

en la espiritualidad, sentido de vida y de apoyo social para hacer frente al acontecimiento violento ;Como último fenómeno se evidencia la continua participación y ejecución de roles en tiempo presente del rol de miembro de familia en un 100%, proveedor de cuidados en un 66,6%, amo de casa en un 90% y de amigo en un 97% configurándose como estrategias de afrontamiento y soporte emocional para enfrentar los sucesos victimizantes.

Se concluye que los factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés postraumático con mayor significancia están dados por el factor de la magnitud del estresor, donde la exposición directa al hecho violento desencadena mayor sintomatología emocional y ocupacional que la exposición indirecta al suceso traumático, no obstante y es de conocimiento que el factor de magnitud del estresor no se puede prevenir, sin embargo los factores pos trauma que son desencadenados por la magnitud del estresor son relevantes ya que desde la intervención oportuna la aparición del trastorno por estrés postraumático se puede prevenir desde el impacto directo a los síntomas emergentes con la intervención oportuna e integral. La vinculación del individuo a las diferentes redes de apoyo que presten servicios psicológicos físicos y ocupacionales se convierte en un factor protector, mitigando el riesgo de aparición del trastorno.

Se evidencio que la influencia de los factores de vulnerabilidad ante la aparición del trastorno por estrés postraumático en los roles ocupacionales está dado por la magnitud del estresor, teniendo en cuenta que a partir del hecho victimizante experimentado, el individuo debe adaptarse a nuevos contextos y entornos para poder superar el suceso y responder a las demandas de nuevos entornos, esta adaptación está dada por la estructuración de nuevas formas de organización en los patrones conductuales sociales (roles ocupacionales), por lo anterior se determina que el rol con mayor impacto por la magnitud del estresor es el de aficionado, partiendo de que posterior al hecho victimizante los individuos perdieron el interés por la

participación de actividades significativas placer y goce conllevando finalmente al abandono del rol, dando prioridad a roles productivos informales para poder subsanar necesidades básicas individuales y familiares, sin embargo también se evidencio la internalización de nuevos roles como el de participante religioso y el de organizaciones, el primer rol como estrategia de afrontamiento individual en la se encuentra una guía espiritual y apoyo emocional y el rol de participante en organizaciones dado que a partir del hecho victimizante los individuos se vinculan a las asociaciones de víctimas encontrando beneficios de procesos informativos y de asesoramiento jurídico. Las redes de apoyo son de gran importancia como factor protector las cuales se convierten en un medio para prestar los servicios requeridos por la población de rehabilitación integral, evidenciándose la necesidad de la intervención de un terapeuta ocupacional y de un equipo interdisciplinar que participe en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental a partir de estrategias de intervención eficaces previniendo el deterioro psicosocial de los individuos.

Recomendaciones

A la institución

Se recomienda seguir permitiendo la participación de estudiantes y profesionales de terapia ocupacional para el apoyo de los procesos de rehabilitación psicosocial, en favor de la población en cuanto a beneficios y cubrimiento, haciendo efectiva la rehabilitación integral.

Por otro lado se recomienda realizar jornadas de seguimiento psicosocial y de salud integral de manera continuas a la población.

A la población

Se recomienda a la población favorecer las relaciones interpersonales basadas en la comunicación asertiva, fortaleciendo de esta forma las asociaciones conformadas y de esta forma las redes de apoyo para trabajar de forma conjunta hacia objetivos en afines a la rehabilitación integral.

Continuar participando en las actividades de los diferentes procesos que se realizan las cuales tienen como objetivo el beneficio de la población.

A la Universidad

A la universidad de Pamplona se le recomienda el mantenimiento de los convenios con instituciones como la alcaldía municipal de Pamplona teniendo en cuenta que en estos espacios ayudan a forma estudiantes con pensamiento crítico e íntegros capaces de responder a las necesidades sociales del contexto nacional.

De igual forma seguir apoyando los procesos investigativos mediante la asignación de recursos que le permitan a los estudiantes y al programa de terapia ocupacional exponer los avances investigativos que se dan a dentro de la institución y desde la disciplina en relación a otras instituciones de formación.

Por ultimo a que la universidad haga un llamado a los diferentes programas de formación académica a vincularse con la población del presente estudio mediante la investigación y el que hacer de cada profesión, prestando así un servicio a la comunidad y la formación de profesionales con calidad y sentido humano.

Al programa de terapia ocupacional

A incentivar a estudiantes y docentes a investigar sobre temas relacionados con la realidad social del país, dado que no se debe olvidar que la ocupación está inmersa en diferentes condiciones socio-políticas que presentan impacto en el desempeño ocupacional, lo anterior proporciona identidad a la terapia ocupacional y genera conocimiento desde la evidencia en el área social.

Se recomienda investigar sobre diferentes variables del desempeño ocupacional que se relacionen con las víctimas del conflicto armado, que le permitan al terapeuta ocupacional en formación comprender los fenómenos ocupacionales relacionados con la variable, por ultimo a seguir motivando el espíritu investigativo de los estudiantes desde los primeros semestres de formación académica.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D., & Durand, M. (1999). *Psicología anormal, un enfoque integral*. S.A. EDICIONES PARANINFO.
- Barret, L., & Kielhofner, G. (2003). Generalidades sobre el comportamiento ocupacional. En E. Crepeau, E. Cohn, & B. Boyts, *Willard and spackman terapia ocupacional* (pág. 211). Bogotá: Medica Panamericana.
- Berreuta, L., & Bellido, J. (2012). Factores sociales que influyen en la salud mental. En O. Sanchez, B. Polonio, & M. Pelligrini, *Terapia ocupacional en salud mental*. Médica Panamericana.
- Brandao, T., Lima, I., & Veras Falcao, I. (2014). Posibilidades de la narrativa como recurso terapéutico ocupacional. *Colegio colombiano de terapia ocupacional*, 25-26.
- Buendia, L., Colás, P., & Hernandez, F. (2001). *Metodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Buonocore, D. (1980). *Diccionario de Bibliotecología*. Buenos Aires: Marymar.
- Burgman, I., & Simo, S. (2006). Intervención mediante terapia ocupacional en niños supervivientes de una guerra. En F. Kronenberg, S. Simo, & N. Pollard, *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pág. 246). Madrid: Médica Panamericana.

- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago, C. (2018). Trastornos mentales y consumo de droga en la población víctima de conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*.
- Centro de Memoria Histórica. (2012). *¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Colombia: Imprenta Nacional.
- Centro nacional de memoria historica. (12 de Febrero de 2016). *Orientaciones generales para proyectos de memoria historica en el marco de medidas de satisfacción*. Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/lineamientosparaproyectosdememoriahistorica.pdf>
- Congreso de la Republica. (10 de Junio de 2011). *LEY 1448 DE 2011*. Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
- Cornejo, S., & Brik, L. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Panamericana.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Barbara, A. (2016). *willard & spackman , 12 edición*. Bogotá: Medico panamericana.
- De las Heras, C. (2015). *Modelo de la ocupacion humana*. Sintesis.
- Durank, M., & Barlow, D. (2001). *Psicologia anormal : Un enfoque integral*. Itemex.
- Galheigo, S. (2007). *Terapia ocupacional sin fronteras*. Medica panamericana.

- Galheio, S. (2007). Terapia ocupacional en el ambito social, aclarando conceptos e ideas. En F. Kronenberg, S. Simó, & N. Pollard, *Terapia Ocupacional sin fronteras, Aprendiendo del espiritu de sobrevivientes*. Bogotá: Panamericana.
- Gaviria, S., & Barroso, J. (2015). La triangulación de datos como base de la investigación educativa. *Revista de medios y educación*, 74.
- Geosalud. (13 de Febrero de 2018). *Geosalud su sitio de salud en la web*. Obtenido de ¿Qué tan común es el trastorno de estrés postraumático?:
https://www.geosalud.com/salud_mental/trastorno-estres-postraumatico-que-tan-comun.html
- Gómez, Villasís, & Miranda, N. (2016). El protocolo de investigación III. *Alergia México*, 6.
- Gonzalez, A. (2002). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales cronicos*. Madrid: Piramide.
- Grupo de memoria historica;. (cuatro de septiembre de 2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Obtenido de
<http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado , C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodologia de la investigacion*. Bogota: Mc Graw Hill Education.
- Hernandez Sampieri , Fernandez Collado, & Baptista, P. (2014). *Metodologia de la investigacion*. Bogota: Mc Graw Hill Education.

Hernandez Sampieri , Fernandez Collado, & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodologia de la investigación*. Bogota: Mc Gram Hill.

Hernandez Sampieri, Fernandez Collado , & Baptista, P. (2014). *Metodologia de la investigación*. Bogota: Mc Graw Hill.

Hernandez Sampieri, R. (2006). *Metodologia de la investigación*. Mexico: MCgraw-Hill.

Kielhofner, G. (2004). Habitación: Patrones de la ocupación humana. En G. kielhofner, *Terapia ocupacional modelo de la ocupación humana, teoria y aplicación* (pág. 82). Buenos aires: Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la ocupacion humana: teoria y aplicación*. Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). Habitación: Patrones de la ocupación. En G. Kielhofner , *Modelo de la ocupación humana, teoria y aplicación* (págs. 59-64). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupacion humana*. Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupacion humana*. Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupacion humana*. Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupacion Humana*. Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupación humana ,teoría y aplicación*. Médica Panamericana.

Kielhorner, G. (2006). *fundamentos conceptuales de terapia ocupacional*. Medica panamericana.

- King, P., & Olson, D. (2011). Trabajo. En Crepeau, Cohn, & Schell, *Willard and spackman terapia ocupacional*. medica panamericana.
- Lopez, B., Molina, P., & Noya, B. (2003). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Medica Panamericana.
- Lozano, S. (2016). *Manual práctico de salud mental*. Sintesis.
- Martín, I. (2010). *Terapia ocupacional comunitaria*. España: Sintesis.
- Martin, I. (2017). *Terapia ocupacional en comunitaria*. Sintesis.
- Matuska, K., & Barret, K. (2016). Patrones de ejecución. En E. Blesedell Crepau, E. S. Cohn, & B. Boyt Shell, *Willard and spackman* (pág. 162). Panamericana.
- Mazorra, M. (2004). Rehabilitacion psicosocial y terapia ocupacional: Una nueva vision del modelo de la ocupación humana. *Terapia ocupacional, el portal en español de terapia ocupacional*.
- Millares, P. (2011). *Principios conceptuales de la terapia ocupacional*. Masson.
- Millares, P. (2017). Modelo de la ocupacion humana. En P. Millares, *Principios conceptuales de trapia ocupacional*. Sintesis.
- Millares, P. (2017). Modelo de la ocupacion humana, Habitación. En P. Millares, *Principios conceptuales de la terapia ocupacional* (págs. 201-202). Madrid: Sintesis.
- Millares, P. (2017). *Principios conceptuales de la terapia ocupacional*. España: Sintesis.
- Millares, P. (2017). Rehabilitación Psicosocial. En P. Millares, *Principios conceptuales de la terapia ocupacional* (pág. 184). Madrid: Sintesis.

Millares, P., & Valverde, M. (2011). Ocupacion y sald mental. En P. Millares, & M. Valverde, *Terapia ocupacional en salud mental* (pág. 34). Masson.

Millares, P., & Valverde, M. (2011). *Terapia ocupacional en salud mental*. Masson.

Millares, P., Valverde, M., & Garlito, P. (2011). *Marcos de referencia teoricos y modelos de practica de tarapia ocupacional en salud mental*. Masson.

Ministerio de salud y proteccion social. (04 de SEPTIEMBRE de 2018). *Oficina de las naciones unidad contra la droga y el delito*. Obtenido de Ley1616 de 2013:

<http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1616-de-salud-de-2013/>

Ministerio de Salud,Subdirección de enfermedades no transmisibles. (2016). *Documento tecnico y manual de Gestion de promocion de la salud mental,Prevencion y atención a trastornos mentales en el marco de la construcción y consolidación de paz*. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.

Montalvo, C. (2012). *Conflicto armado en colombia. Un estudio desde el paradigma neoconstitucional*. (C. U. Americana, Ed.) Obtenido de <http://www.coruniamericana.edu.co/publicaciones/ojs/index.php/pensamientoamericano/article/view/109>

Moruno Millares, P. (2017). *Principios conceptuales de la terapia ocupacional, Modelos psicologico de salud*. Madrid: Sintesis.

ocupacional, A. A. (2010). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional, dominio y proceso*.

Pablo, C. G. (2015). *Modelo de la ocupacion humana*. Sintesis.

- Pérez, M. (Abril de 2014). Prevalencia de estrés postraumático y trastorno antisocial de la personalidad en la población desmovilizada de las guerrillas Colombianas en Bogotá, D.C. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Psiquiatria, A. A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Granada, España: Aljibe.
- Rodríguez, F. (2010). Participación social. En S. Corregidor, *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Ergon.
- Rodríguez, M. (2010). *Diseño de proyectos y desarrollo en tesis en las ciencias administrativas, organizacionales y sociales*. México: Pandora.
- Rodríguez, M., Navas, R., & Garrido, J. (2018). *Terapia ocupacional en actividades de la vida diaria*. Síntesis.
- Rueda Castro, L. (2012). Construcción de historias de vida: una evaluación narrativa para la intervención de terapia ocupacional en personas con discapacidad psiquiátrica. *TOG*, 1-11.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. MCGRAW-HILL Education.
- Saumeth Cadavid, E. (s.f.). Obtenido de <http://ecsbdefesa.com.br/defesa/fts/HGC.pdf>
- Saumeth, E. (4 de Setiembre de 2018). *Centro de pesquisas estratégicas Paulino soares de Sousa*. Obtenido de <http://ecsbdefesa.com.br/defesa/fts/HGC.pdf>

Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. (4 de Septiembre de 2018). *Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés - SEAS*. Obtenido de ¿Que es el

trastorno por estrés postraumatico: <http://www.ansiedadyestres.org/que-es-el-trastorno-por-estres-postraumatico>

Strauss , A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigacion cualitativa, Tecnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Tamayo, M. (1997). *El Proceso de la Investigación científica*. México: Limusa S.a.

Ytarte, R., Cantero, P., & Vilo, E. (2017). *Ocio, bienestar y calidad de vida*. España: Sintesis.