

Estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad con víctimas de Minas Antipersonal, en
el marco del conflicto armado en Colombia.

Una perspectiva desde el Enfoque Basado en Derechos Humanos.

Catalina Ortega Zambrano

Trabajadora Social

Trabajo de grado presentado para optar al título de Magister en Derechos Humanos

Directora

Ruth Zárate Rueda

Doctora en Educación

Codirectora

Clara Isabel López Gualdrón

Doctora© Ing. Área Gestión Tecnológica

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Derecho y Ciencia Política

Maestría en Derechos Humanos

Bucaramanga

2018

Dedicatoria

A Dios, que me dio la bendición de la vida para cristalizar mis anhelos, la compañía de mis padres para no desfallecer en los retos que presenta el contexto de la cotidianidad.

A Ana Georgina Guevara Álvarez, que me dio el impulso desde muy pequeña para materializar este sueño, ella que, sin tener la habilidad de leer y escribir me inculcó el amor y respeto por las palabras, así como la responsabilidad de compartir lo aprendido.

A mi madre, Lucero Zambrano, quien ha sido la inspiración más grande para culminar este proceso, a ella por sembrar en mi la semilla del conocimiento y apoyarme cada día de mi vida.

A mi padre, Juan Carlos Ortega, por inculcarme el amor y la gratitud hacía Dios, por enseñarme a leer y escribir y proyectar mis habilidades con su confianza.

A las víctimas de Minas Antipersonal en el Departamento de Santander, quienes, con su resiliencia y amor por la vida, a sus familias, rebasan los obstáculos que emergen de la nueva condición, mi respeto y admiración a los sobrevivientes de MAP que, con sus aportes han hecho posible culminar este documento.

Tabla de Contenido

<i>RESUMEN</i>	11
<i>ABSTRACT</i>	12
<i>Introducción</i>	13
1. Generalidades del proyecto	17
1.1. Planteamiento del problema	17
1.2. Hipótesis	22
2. Objetivos	23
2.1. Objetivo general:	23
2.2. Objetivos específicos	23
3. Marcos de referencia	24
3.1. Estado del arte	24
3.2. Abordaje a víctimas de MAP desde las áreas de conocimiento	29
3.3. Marco referencial	32
3.3.1. Referente teórico. <i>Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)</i> : la Rehabilitación Basada en comunidad (RBC) fue promovida como “una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales” (OMS, 2012). A su vez, “promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad” (OMS, OIT y UNESCO, 2005).	32

3.3.2. Marco conceptual	43
4. Marco normativo	49
4.1. Víctimas de MAP.....	49
4.2. Hacia el reconocimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad	51
4.3. Procesos de desminado humanitario en zonas afectadas por el conflicto como acciones reparatoras.....	56
4.4. Desminado humanitario como garantía de no repetición.....	62
5. Diseño metodológico del proceso.....	70
5.1. Metodología	70
5.2. Momento cuantitativo	73
5.3. Momento cualitativo.....	80
5.4. Proceso de recolección de información	85
6. Resultados	96
6.1. Momento cuantitativo	96
6.2. Resultados de la exploración del conocimiento respecto a la producción científica de rehabilitación de víctimas de minas antipersonal (MAP).....	106
6.3. Caracterización del perfil individual, familiar y socio demográfico de víctimas de MAP en el Departamento de Santander.....	121
7. Estadística descriptiva	145
7.1. Organización de datos.....	154
7.2. Resultados: momento cualitativo.....	164

8. <i>Diseño de la propuesta</i>	196
9. <i>Conclusiones</i>	218
<i>Referencias bibliográficas</i>	224

Lista de Figuras

Figura 1. Registro de víctimas de MAP por departamento.	66
<i>Figura 2.</i> Municipios donde se ha realizado desminado humanitario con corte a abril 2018. 69	
Figura 3. Lugar y año de ocurrencia del accidente de las víctimas de MAP	70
Figura 4. Criterios de Inclusión y Exclusión	77
Figura 6. Proceso de contacto e identificación de actores clave.....	87
Figura 7. Lugar de residencia de los participantes de la investigación	88
Figura 8. Tipo de amputación, edad actual, lugar de nacimiento, origen.	90
Figura 9. Protocolo de búsqueda de fuentes de información.....	97
Figura 10. Proceso para la elaboración de la ecuación de búsqueda.	100
Figura 11. Ecuación de búsqueda	101
Figura 12. Criterios de inclusión y exclusión	103
Figura 13. Criterios de inclusión, exclusión y calidad.....	104
Figura 14. Proceso de filtración.....	105
Figura 15. Criterios de inclusión.....	108
Figura 16. Producción científica por año	109
Figura 17. Aduna de producción científica, según país de origen.....	110
Figura 18. Aduna de producción científica según campo de acción.....	111
Figura 19. Producción científica según país y campos de acción.....	112
Figura 20. Filiación institucional por país.....	112
Figura 21. Aduna filiación institucional.....	114

Figura 22. Producción científica según autor y año de publicación	115
Figura 23. Aduna redes de colaboración entre autores	116
Figura 24. Aduna palabras claves	117
Figura 25. Aduna Abstracts.....	119
Figura 26. Aduna palabras claves investigadoras.....	120
Figura 27. Dimensión social de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia).....	129
Figura 28. Dimensión espacial de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 1	137
Figura 29. Dimensión espacial de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 2.....	138
Figura 30. Dimensión económica de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 1	142
Figura 31. Dimensión económica de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 2.....	143
Figura 32. Dimensión cultural de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia).....	144
Figura 33. Análisis de estadística descriptiva de la variable edad.....	147
Figura 34. Análisis de Estadística descriptiva de la variable Edad al momento del accidente.	148
Figura 35. Análisis de Estadística descriptiva de la variable Año del accidente.....	150
Figura 36. Análisis de Estadística descriptiva de la variable número de hijos.....	151
Figura 37. Análisis de Estadística descriptiva de la variable número de hijos menores de edad	152
Figura 38. Análisis de Estadística descriptiva de la variable ingresos familiares	153

Figura 39. Análisis de Estadística descriptiva de la variable número de personas por habitación.	154
Figura 40. Histograma y polígono de frecuencia: edad actual de los participantes.....	158
Figura 41. Características y número de víctimas en el departamento de Santander a corte de marzo de 2018.....	160
Figura 42. Histograma y polígono de frecuencia: edad al momento del accidente de los participantes.....	160
Figura 43. Histograma y polígono de frecuencia: año del accidente con MAP de los participantes.....	162
Figura 44. Año de ocurrencia del accidente	162
Figura 45. Histograma y polígono de frecuencia: ingresos familiares de los participantes ..	164
Figura 46. Listado de nodos utilizados en el software Nvivo®.....	166
Figura 47. Categorías emergentes.....	169
Figura 48. Incorporación de propuestas desde las experiencias vividas y sentidas de las víctimas de MAP en el diseño de las estrategias RBC.....	195
Figura 49. Fases del pensamiento de diseño	197
Figura 50. Fase de empatía desde la metodología Desing Thinking	198
Figura 51. Matriz RBC.....	201
Figura 52. Ubicación de puntos estratégicos para la implementación de las estrategias.	204
Figura 53. Actividades a realizar en la implementación de las estrategias RBC.	209
Figura 54. Tasa de participación por tipo de discapacidad	211
Figura 55. Grado de desarrollo de habilidades y destrezas.	212
Figura 56. Índice de aprendizaje respecto al proceso terapéutico del familiar o cuidador ...	214
Figura 57. Índices de mejoramiento de la calidad de vida.	216
Figura 58. Grado de dependencia antes de iniciar el proceso	217

RESUMEN

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD CON VÍCTIMAS DE MAP, EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA. UNA PERSPECTIVA DESDE EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS*

AUTORA: CATALINA ORTEGA ZAMBRANO**

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD (RBC), VÍCTIMAS DE MAP, ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS, ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, CONFLICTO ARMADO.

DESCRIPCIÓN:

El conflicto armado en Colombia ha ocasionado víctimas civiles y militares por accidentes con Minas Antipersonal (MAP), lo cual ha generado discapacidad permanente e implicaciones psicosociales para la víctima, su familia y comunidad, causando en la víctima un mayor esfuerzo para lograr su rehabilitación y, a su vez, creando infracciones al Derecho Internacional Humanitario y al Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En el marco de las fuentes del derecho internacional y nacional, se encuentran medidas de reparación a las víctimas con ocasión del conflicto; entre estas medidas hay cinco componentes fundamentales: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

En el marco del presente documento se plantea la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad como alternativa de rehabilitación integral a las víctimas de MAP que residen en el sector rural. Lo anterior mediante un enfoque de investigación bimodal, en donde se realizó un análisis tendencial en el tema de estudio con el software Vantage Point, así como la caracterización del perfil individual, familiar, y socio demográfico de los participantes. A partir de la aplicación de instrumentos, se realizó el análisis y codificación de la información recolectada en el software N-Vivo, en donde se generaron nodos que fueron vitales en el diseño de estrategias de RBC, teniendo como directriz el enfoque basado en derechos humanos.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Derechos y Ciencia Política. Director: Ruth Zárate Rueda, Trabajadora Social

ABSTRACT

TITLE: REHABILITATION STRATEGIES BASED ON COMMUNITY WITH LANDMINES VICTIMS, IN THE FRAMEWORK OF THE ARMED CONFLICT IN COLOMBIA. A PERSPECTIVE FROM THE HUMAN RIGHTS BASED APPROACH*

AUTHOR: CATALINA ORTEGA ZAMBRANO**

KEYWORDS: COMMUNITY BASED REHABILITATION (CBR), LANDMINES VICTIMS, HUMAN RIGHTS BASED APPROACH, REHABILITATION STRATEGIES, ARMED CONFLICT.

DESCRIPTION:

The armed conflict in Colombia has caused civilian and military victims due to accidents with landmines, that generates permanent disability and psychosocial implications for the victim, his family and community, generating in the victim a greater effort to achieve his rehabilitation, this generates infractions to the IHR and ILHR. In the framework of the sources of international and national law, there are measures of reparation to the victims during the conflict, among these measures there are five fundamental components: restitution, compensation, rehabilitation, satisfaction and guarantees of non-repetition.

Within the framework of this document, the CBR strategy is proposed as an alternative to comprehensive rehabilitation for the victims of landmines residing in the rural sector, the foregoing through a bimodal research approach, where a tendential analysis was carried out on the subject of study with The Vantage Point software, also the characterization of the individual, family, and socio-demographic profile of the participants, based on the application of instruments, the analysis and coding of the information collected in the N-Vivo software, where nodes were generated that were vital in the design of CBR strategies, having as a guideline the human rights-based approach.

* Degree work

** Faculty of Human Sciences. School of Rights and Political Science. Director: Ruth Zárate Rueda, Social Worker

Introducción

Colombia es el único país en América Latina -y uno de los pocos en el mundo- donde se continúan sembrando MAP (CICR, 2012). De acuerdo con los datos suministrados por el Observatorio de MAP del Programa Presidencial de DDHH y Derecho Internacional Humanitario (DIH)¹, entre los años 1996 y 2005 se registraron 7.065 eventos relacionados con MAP y Municiones Sin Explotar (MUSE). De estos, 2.185 fueron accidentes² (31%), y 4.880 incidentes³ (69%). La curva de eventos presentó un ascenso a partir de 2002, año en el que se rompieron los diálogos entre el Gobierno de Andrés Pastrana y la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), registró su pico más alto en 2004, cuando sucedieron 1.947 hechos, 520 accidentes, (27%), y 1.427 incidentes (73%). Estos eventos ocurrieron en 31 de los 32 departamentos y en 567 municipios de Colombia; es decir, el 50% de los municipios del país estuvieron o están amenazados por la presencia o la sospecha de MAP o MUSE en sus territorios (Observatorio de DDHH y DIH, 2013).

En 1997, los Estados reconocieron su responsabilidad colectiva de prestar asistencia a las víctimas de las minas integrando en la *Convención sobre la prohibición del empleo,*

¹Es la instancia encargada de articular y procesar de manera sistemática, confiable, oportuna y veraz información sobre Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. El propósito del Observatorio y del SNIDH es monitorear, hacer seguimiento y evaluar con una visión integral, la situación de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario en el país. Debido a esto, se vienen identificando los dispositivos de seguimiento y monitoreo de las políticas, programas y proyectos del Gobierno Nacional que contribuyen a determinar la realización y el goce efectivo de los derechos de los colombianos (Consejería de DDHH, 2011).

²Según el Glosario Nacional de Términos para la AICMA, por "accidente" se entiende un acontecimiento indeseado causado por MAP o MUSE que causa daño físico y/o psicológico a una o más personas

³Según el Glosario Nacional de Términos para la AICMA, por incidente se entiende un acontecimiento relacionado con minas antipersonal o municiones sin explotar, que puede aumentar hasta un accidente o que tiene el potencial para conducir a un accidente.

almacenamiento, producción y transferencia de MAP y sobre su destrucción (Convención de Ottawa) los compromisos contraídos al respecto. En este tratado se prohíbe un arma, además de solicitar que se brinden atención y asistencia a las víctimas. Así mismo, se firma un segundo tratado relacionado con las armas, el *Protocolo sobre restos explosivos de guerra* de 2003⁴, prevé también la asistencia a las víctimas. Pese a que las normas de derecho internacional e internas del país reconocen a las víctimas de MAP, la normatividad en diferentes contextos no es efectiva, quedando fuera de las rutas de atención muchas personas que han sufrido este flagelo. Colombia firmó la Convención el 3 de diciembre de 1997 y la ratificó el 6 de septiembre de 2000, cuatro años después de establecerse dicha Convención entró en vigor en el país, el 1 de marzo de 2001; al 2017, 162 países en el mundo son Estados parte del Tratado de Ottawa (Dirección Contra Minas, 2016).

Quienes sobreviven a la explosión de una MAP de manera recurrente deben someterse a una amputación, múltiples operaciones y a una prolongada rehabilitación física. Los sobrevivientes sufren una discapacidad permanente con graves consecuencias en el plano familiar, psicológico, social, económico; requiriendo intervención desde diversas áreas del conocimiento, que diseñen estrategias de rehabilitación física, apoyo psicosocial y apoyos técnicos, como las prótesis. La rehabilitación implica no solo la atención física de una persona, sino también un proceso integral que incluya los componentes mencionados. Por tanto, durante el proceso de rehabilitación de los pacientes, un elemento fundamental para tener en cuenta es el acompañamiento psicosocial, así como el fortalecimiento de su red de apoyo social, como soporte para dejar de lado su estado de vulnerabilidad y con este, las consecuencias físicas,

⁴El 28 de noviembre de 2003, los Estados Partes en la Convención sobre Ciertas Armas Convencionales (CCAC), aprobaron un nuevo protocolo sobre restos explosivos de guerra. Mediante este nuevo instrumento del derecho internacional humanitario, el Protocolo V de la CCAC, se suma una importante herramienta a los esfuerzos por reducir el número de muertes, de heridas y los sufrimientos causados por los artefactos explosivos que quedan tras el cese de un conflicto armado. En el Protocolo V se estipulan normas nuevas, por las cuales las partes en un conflicto han de remover los restos explosivos de guerra, adoptar medidas para proteger a los civiles de los efectos de esas armas y prestar ayuda a las organizaciones internacionales y no gubernamentales que trabajan en estos ámbitos (CICR, 2004).

psicológicas, laborales y sociales que ese estado conlleva, en otras personas, ser funcional para sí mismo, su familia y su comunidad.

Es posible superar la afectación psicológica y la pérdida de la autoestima que enfrentan las víctimas de MAP, mediante el apoyo familiar y psicosocial, la aceptación de la comunidad y el acceso al empleo, lo cual contribuye a reparar a la persona el sentido de la productividad y dignidad. Los mismos sobrevivientes insisten en que lo más importante para ellos es volver a ser miembros económicamente activos de la comunidad y poder proveer a su familia. La formación técnica, tecnológica, profesional y la creación de oportunidades de empleos son medios esenciales para ayudar a los sobrevivientes de MAP a reconfigurar su proyecto de vida.

Teniendo en cuenta que las víctimas de MAP adquieren en el momento del siniestro una discapacidad permanente, el proceso de rehabilitación física y psicológica esta direccionado a una verdadera integración social y económica que les permita adaptarse a en sus comunidades desde esta nueva condición. Según cifras de Dirección Contra Minas (2017), en el área rural es en donde se presenta un mayor número de víctimas de MAP, los mayores afectados han sido personas cuya principal actividad económica se relacionaba con la agricultura, para éstas personas replantear su proyecto de vida desde su ocupación laboral requiere de un acompañamiento integralmente hablando, psicosocial y de las redes de apoyo social (red primaria, secundaria y terciaria), para que el proceso de integración social sea efectivo.

Según Dirección Contra Minas (2017), se han reportado un total de 35.112 eventos históricos con MAP y MUSE. De estos, 6.725 fueron accidentes y 28.387 incidentes. Cinco departamentos concentran el 53 % de los eventos por MAP y MUSE, así: Antioquia (17 %), Meta (16 %), Caquetá (9 %), Arauca (6 %) y Norte de Santander (5 %). Los cinco departamentos con mayor frecuencia de incidentes fueron: Meta (17 %), Antioquia (15 %), Caquetá (9 %), Arauca (7 %) y Cauca (6 %). Los cinco departamentos con mayor frecuencia

de accidentes fueron: Antioquia (24 %), Meta (9 %), Caquetá (9 %), Nariño (8 %) y Norte de Santander (7 %). De 01 de enero a 30 de abril de 2017, se registraron 10 accidentes y 178 incidentes para un total de 188 eventos, de los cuales el *100 % han ocurrido en el área rural* (Dirección Contra Minas, 2017).

Dado que las cifras develan que, en mayor número los accidentes de MAP han ocurrido en el sector rural, es fundamental tener en cuenta las limitaciones de las víctimas, desde la atención en salud, por cuanto muchos no cuenta con el acceso a los servicios de salud por una Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Promotora de Salud Subsidiada (EPS-S), lo cual los lleva a trasladarse al sector urbano a recibir atención; de otra parte, la condición socioeconómica es una limitante al momento de realizar el desplazamiento, debido a que un porcentaje significativo de las víctimas no tienen recursos para solventar los viajes y recibir asistencia.

En respuesta a esta problemática social, surge la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la cual es empleada con las Personas en Situación de Discapacidad (PSD), por cuanto desde sus cinco componentes fundamentales, los cuales son: salud, educación, subsistencia, social, fortalecimiento, aborda las necesidades de las PSD, buscando la inclusión social, por medio del empoderamiento de procesos. Con la presente investigación se pretende extrapolar la metodología a las víctimas de MAP, por cuanto se espera identificar la forma en la que esta técnica brinda un soporte terapéutico, técnico y psicosocial a la población víctima de MAP, pertenecientes a sectores rurales del departamento de Santander y no tienen acceso a los servicios de salud brindados por una entidad promotora de salud. Esta modalidad de intervención permite evidenciar la forma en que, desde la RBC, las víctimas de MAP pueden contar con terapias de rehabilitación asistidas directamente por profesionales, sin la obligación de acudir al sistema de salud para ser atendidas.

1. Generalidades del proyecto

1.1. Planteamiento del problema

Al hablar del conflicto armado colombiano, se evoca a las personas históricamente afectadas por los hechos victimizantes acaecidos durante más de cinco décadas en el país: desplazamiento y desaparición forzada, homicidios, torturas, tratos crueles o degradantes, secuestros, delitos contra la libertad e integridad sexual y reproductiva, reclutamiento ilegal de menores, acontecimientos que han menoscabado los Derechos Humanos (DDHH) de las víctimas durante este periodo.

Un elemento que se utiliza generalmente como método de guerra por actores armados estatales y no estatales son las Minas Antipersonal (MAP), pero esta situación no solo se presenta en el contexto del conflicto armado interno en Colombia, a nivel internacional las víctimas de MAP amputadas ascienden a 236 habitantes en Camboya, 470 en Angola, 650 en Somalia, 2.500 en Vietnam, y 20.000 en Europa (CDC, 2003). En Afganistán entre el 2002 y el año 2006 se presentaron 1033 casos de amputaciones de MI por MAP, tanto en adultos como en menores de 18 años (Bilukha, 2008). En Irán, un 68% de las víctimas del conflicto armado por MAP requirieron amputación transtibial (Ebrahimzadeh, 2009).

En Latinoamérica existen escasos datos sobre incidencia de MAP; sin embargo, en Brasil la incidencia es de 13,9 por 100.000 habitantes por año, con un 80% de amputaciones en Miembro Inferior (MI), debido a insuficiencia vascular periférica y en el 10.6% por trauma (Ebrahimzadeh, 2005).

En Colombia, la prevalencia de amputaciones se ha incrementado debido al conflicto armado, los accidentes de tránsito y laborales, también por las enfermedades crónicas. La Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación estima la incidencia de amputación de 200 a 300 personas por cada 100.000 habitantes, según la UNICEF (2014) las MAP causan amputaciones de una o varias extremidades y discapacidad entre el 5 y 10% de la población. Colombia es el cuarto país del mundo con más víctimas por MAP, después de Chechenia, Afganistán y Angola, y está en proceso de destrucción de estas armas (International Campaign to Ban Landmines, 2006).

Según la vicepresidencia de la República, de las 11.173 víctimas reportadas entre 1990 y 2015, 5.484 eran integrantes de la fuerza pública, 3.133 mayores de edad y al menos 850 eran menores de edad. De acuerdo con datos del programa de atención integral de la presidencia de la República, considerando el periodo establecido entre enero y junio de 2015, se reportaron 149 víctimas de MAP y artefactos explosivos en zonas rurales de la Región Andina y la región de la Orinoquía, generalmente apartadas de grandes centros urbanos, ocasionando que el 76% de los mismos perdieran uno o ambos miembros inferiores.

Las cifras de víctimas mortales o mutiladas a causa de las MAP aumentan cada día, los principales afectados por accidentes con MAP han sido las personas que residen en la ruralidad, debido a que por las características geográficas que poseen los territorios son más propicios y estratégicos para los combates, por ende, para la plantación de MAP, las cuales son utilizadas como armas. Con esta táctica de guerra se ha afectado de manera directa a campesinos, colonos, comunidades afrodescendientes e indígenas, cometiéndose infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH)⁵.

⁵El cual trata de limitar los efectos de los conflictos armados para proteger a las personas que no participan o que dejaron de participar en los combates, también limita los medios y métodos de hacer la guerra (CICR, 2004).

Aunque el reporte del Ministerio de Salud y Protección Social indica una disminución de 667 víctimas en el 2010 a 152 víctimas en el 2015, el estado de vulnerabilidad de las víctimas es permanente, por lo cual deben ser asistidas con dispositivos médicos protésicos diseñados a la medida, para mitigar la ausencia o pérdida de alguna de las extremidades e iniciar su proceso de rehabilitación. Las MAP siguen causando muertes y lesiones aun cuando los conflictos han concluido en diferentes zonas del país con la firma del acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera entre el gobierno colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC-EP, en este contexto estas “armas” generan discapacidad permanente tanto a combatientes como a civiles, por cuanto no hacen distinción.

Desde la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, se anunció el 1 de abril de 2017, que mediante la expedición de un acto administrativo se regulará el registro y la certificación de discapacidad para las víctimas de MAP (Dirección Contra Minas, 2017). De esta manera, es necesario conocer el contexto de las Personas en Situación de Discapacidad (PSD) en Colombia. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado en el año 2011, más de 1.000 millones de personas en el mundo viven con alguna discapacidad, lo que se traduce en aproximadamente el 15% de la población mundial (según estimaciones de población en 2010). De ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su vida diaria. El informe mundial señala que, de la población total, cerca de 785 millones de personas de 15 años y más viven con una discapacidad (15,6%), mientras que el proyecto sobre la carga mundial de Morbilidad en la misma encuesta, estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4% del total de la población mundial). La encuesta indica que, del total estimado de PSD, 110 millones (2,2% de la población) tienen dificultades significativas de funcionamiento, mientras que la carga mundial de morbilidad cifra en 190 millones (3,8% de la población) las personas con una “discapacidad grave” (afecciones como

la tetraplejía, depresión grave o ceguera). La única fuente sobre discapacidad infantil (0-14 años) es la Carga Mundial de Morbilidad, con una estimación de 95 millones de niños (5,1% del total), de los cuales 13 millones tienen “discapacidad grave” (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011).

En Colombia, de acuerdo con el último Censo realizado por el DANE en el año 2005, existen 2.624.898 PSD, lo que equivale al 6,3% del total de la población. Con relación a las cifras censales de los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), Colombia ocupa el primer lugar en prevalencia de discapacidad, seguida por Ecuador con el 4,7% en 2001, Venezuela con 3,9% en 2001, Chile con el 2,2% en 2002, Perú con el 1,3 % en 1993, y Bolivia con el 1,1% en 2001 (DANE, 2005).

De acuerdo con el Censo, en el 2005 había 2'624.898 PSD en el país (según el DANE, el total poblacional conciliado para el año 2005 fue de 42'888.592); de ellas, 129.748 (4,9%) eran residentes de Santander, cifra que ubica al departamento como el sexto con mayor número de personas en esta situación, después de Antioquia (12,8%), Bogotá D.C. (12,6%), Valle del Cauca (10,3%), Cundinamarca (5,8%) y Nariño (5,1%). Al interior del departamento, los municipios con mayor número de PSD fueron Bucaramanga con 31.950 personas, Floridablanca con 11.826 y Barrancabermeja con 9.644 personas. Las prevalencias más altas correspondieron a Chima (20,2%), Enciso (19,2%), Mogotes (16,2%), Albania y Suratá (16,1% cada uno) y las más bajas a Palmar, Girón, Confines, San Benito, Floridablanca y Cabrera (DANE, 2005).

Uno de los desafíos más complejos de la población víctima de MAP, es la superación de sus duelos y sentimientos de pérdida, representados en el desarraigo emocional, territorial y cultural que los acompaña. Familias con un miembro en situación de discapacidad asumen las funciones de cuidado, atención y compromiso con su inclusión social, cambios en su vida

cotidiana familiar, que pueden generar situaciones en torno a la inversión de roles, cuando la víctima de MAP, es de género masculino y es el proveedor económico en el hogar, son propensos a crear patologías como el hijo parental, quien termina desarrollando funciones de provisión y de apoyo emocional que no son de su competencia para el ciclo vital de desarrollo en el que se encuentra.

Además, cuando la mujer debe asumir funciones de provisión, generando autonomía e independencia económica, desplazando e invisibilizando a su pareja, se refleja en una relación de poder asimétrica, generando rupturas en las dinámicas familiares y cambios de roles. El proceso de ajuste y adaptabilidad implica la reestructuración del proyecto de vida de la persona víctima de MAP, el cual está sujeto a un aplazamiento de sus metas, debido a la nueva condición de discapacidad que limita su inserción académica, laboral y a redefiniciones ocupacionales adecuadas al desarrollo de nuevas capacidades y habilidades.

Aunque no es posible subsanar plenamente los daños a la salud emocional de las víctimas de MAP y de sus familias, es indispensable orientar un enfoque que articule elementos psicosociales, médicos técnicos y científicos que contribuyan a la integración de sus redes de apoyo primarias, secundarias y terciarias, que aporten a la reconstrucción de su proyecto de vida. Por esta razón, surge como alternativa de solución a la situación planteada a la población víctima de MAP en Colombia, la implementación de la metodología denominada Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), con el propósito de brindar un soporte psicosocial, terapéutico y técnico a la población víctima de MAP, que reside en sectores rurales del departamento de Santander y generalmente no cuenta con el acceso a los servicios de salud. En este contexto emerge como pregunta orientadora de investigación, el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo garantizar el goce efectivo de los Derechos Humanos a las víctimas de MAP, a partir de procesos de rehabilitación integral?

1.2. Hipótesis

La estrategia RBC garantiza la inclusión social y el goce efectivo de los Derechos Humanos de la población víctima de MAP.

2. Objetivos

2.1.Objetivo general:

Diseñar una estrategia de RBC dirigida a víctimas de Minas Antipersonal (MAP), a partir de procesos de rehabilitación integral, que contribuya a su inclusión social y goce efectivo de sus derechos.

2.2.Objetivos específicos

- Analizar la producción de literatura referente a RBC con procesos de reparación de víctimas del conflicto armado, a partir de un estudio bibliométrico.
- Caracterizar los factores personales, familiares y socio demográficos de la población víctima de MAP, desde una investigación bimodal que permita la definición de dichos perfiles.
- Definir lineamientos estratégicos que contribuyan a la inclusión social de las víctimas de MAP, soportado en las directrices nacionales e internacionales desde el Enfoque Basado en Derechos Humanos.

3. Marcos de referencia

3.1. Estado del arte

Existe literatura que aborda la situación de las víctimas de MAP desde diversos enfoques y áreas de conocimiento, como la investigación desarrollada por el Centro de Memoria Histórica (2013) *Basta ya!* en el segundo capítulo *los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado* devela la génesis y evolución de los grupos armados no estatales en el conflicto armado interno colombiano, el cual lleva más de medio siglo, además evidencia las repercusiones a nivel de infraestructura, detrimento del patrimonio nacional y menoscabo de los Derechos Humanos, particularmente en las poblaciones rurales, en donde en su momento se intensificaron las confrontaciones entre el Ejército Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP); desencadenado una serie de hechos victimizantes, que afectaron la integridad física, psicológica y emocional de los actores involucrados en el conflicto, así como la población civil (Defensoría del Pueblo, 2012).

Dentro de este contexto, las dependencias estatales también han realizado investigaciones como la efectuada por Dirección Contra Minas, en donde se informa que una de las principales amenazas en las zonas rurales del país son los campos minados, por cuanto las MAP están especialmente hechas para destrozar miembros y vidas sin posibilidad de reparación. Estos artefactos representan un riesgo durante y después de finalizados los conflictos porque no hacen

distinción entre actores armados y civiles. Por esta razón en Colombia se está llevando a cabo el proceso de "desminado humanitario", con el propósito de realizar la remoción de las zonas de mayor concentración de MAP, pues según cifras de Dirección contra Minas a abril de 2016 se reportaron un total de 33.706 eventos con MAP y Municiones Sin Explotar (MUSE); de los cuales, 6.682 fueron accidentes y 27.024 incidentes en el territorio nacional (Dirección de Minas, 2016).

Según Noguera *et al* (2014) la pérdida física de un miembro del cuerpo desencadena un proceso de pérdidas funcionales, que afectan la autonomía del paciente, la identidad en su imagen corporal, el proyecto de vida, y la forma de relación del individuo con su entorno social. En el ámbito psicológico se hace referencia a la perspectiva de la psiquiatra suizo-estadounidense Kübler Ross (1965), quien identifica cinco etapas en la elaboración del duelo, adaptadas a la realidad de las víctimas MAP. La negación constituye la primera respuesta emocional, donde la persona evade y no acepta lo sucedido, seguido de una etapa de ira, basada en reproches hacia la familia y el entorno. El desgaste emocional y la presencia de mecanismos de adaptativos genera otra etapa del duelo, la reconciliación, el deseo de negociar la pérdida de la salud, con las posibilidades de continuar su vida familiar y social.

Esquerdo *et al* (2013) en su investigación titulada *tratamiento neuropsicológico de "dolor de miembro fantasma"* afirman que una manifestación en las primeras etapas del duelo en víctimas de MAP es el síndrome del "miembro fantasma", la expresión del dolor de la memoria o la memoria del dolor, donde la parte del cuerpo sigue ahí, sus sensaciones no engañan al paciente, y dan pie a la creencia en el éxito de la restauración de su imagen corporal, que más que una restauración es una recreación negadora maníaca y omnipotente de sí mismo (Esquerdo *et al*, 2013). Al respecto cabe aclarar que en los pacientes un 54% experimentan síntomas de sensación de miembro fantasma, un 17% dolor fantasma y un 42% dolor en el muñón (Vaquerizo, 2000). De hecho, frecuentemente se evidencian inconvenientes con el

mecanismo de succión del socket, movimiento de pistoneo, así como superficies de contacto que generan fricción y/o puntos de presión en el muñón, lo cual afecta el proceso de adaptación protésica (Ospina *et al*, 2009).

Soto et al (2008) en su investigación representaciones sociales y discapacidad develan que las familias con miembro en situación de discapacidad que deciden apoyar la rehabilitación integral de su familiar generalmente desconocen cómo acompañarlos en el proceso, al punto de sobreproteger su condición, y limitar la identificación y potencialización de otras capacidades. Por otra parte, la red de apoyo secundaria es movilizadada frente a la situación de discapacidad de un miembro que pertenece a la comunidad de amigos, o vecindad, con la tendencia histórico cultural a la discriminación y exclusión social por las representaciones sociales estereotipadas y arraigadas en la sociedad del siglo XXI hacia este sector poblacional (Soto *et al*, 2008).

La investigación titulada *Estudio de factibilidad para crear un programa de atención psicológica, dirigido a víctimas por minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE)*, aborda las consecuencias físicas y psicosociales en las víctimas de minas antipersonal en el departamento del Huila, asimismo la creación de un Programa Piloto con proyección a nivel Nacional de Atención Psicológica, dirigido a las víctimas civiles de MAP y MUSE en el Departamento del Huila, que garantice el Apoyo Psicológico, a través de estrategias de intervención para el manejo del duelo en la amputación, con el apoyo de tecnologías de información y comunicación; creación de una red social de apoyo (Caquimbo, 2010). La metodología que se utilizó para llevar a cabo esta investigación fue la cualitativa, donde a partir de la narrativa de los participantes, se analizó e interpretó sus significados y percepciones, desde un enfoque fenomenológico.

En el estudio *Mi vida antes y después de ese día. El accidente por minas antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI) su atención*

y *gestión*, se ilustra e interpreta la afectación y el impacto de algunas personas que han sido víctimas de minas antipersonal a través de las narrativas de los participantes, tomando como eje fundamental la ruta de atención propuesta por el gobierno Nacional (García, 2014). El estudio se realizó con un abordaje metodológico cualitativo fenomenológico. Como técnicas para recolectar la información se utilizaron la entrevista semiestructurada a los participantes.

Ospina *et al* (2009) en su trabajo *El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación*, se centra en la presentación de las complicaciones que se pueden dar en el muñón de un paciente amputado, teniendo en cuenta las fases y las etapas del proceso de rehabilitación por las cuales debe pasar. Asimismo, el abordaje de este tema se enmarca en una de las principales causas de amputación en el mundo, especialmente en un país como Colombia que desde hace años se encuentra sumergido en una situación especial de violencia. La investigación tiene un enfoque bimodal o mixto debido a que articula la investigación cualitativa y cuantitativa.

En el estudio *Mecanismos de afrontamiento en familias con un miembro en situación de discapacidad por mina antipersonal*, Perea (2012) analiza los mecanismos de afrontamiento que utilizan las familias con un miembro en situación de discapacidad MAP y la movilización que se da al interior de la familia. Resaltando que es fundamental el apoyo de la red primaria, según el autor el afrontamiento familiar es el resultado de la conducta coordinada y de la integración de los esfuerzos de los miembros en un todo para la solución de problemas; en esta estrategia se abordaron las acciones realizadas por la familia con un miembro en situación de discapacidad generada por MAP. El método de investigación que se empleó en el desarrollo de la investigación fue el método cualitativo, revisando el impacto de las MAP, a partir de la reconstrucción y análisis de la experiencia vivida por los entrevistados, reconociendo desde la particularidad de cada familia los cambios generados por el evento.

Con base en la revisión de la literatura referida al tema objeto de estudio, se identifica que hay estudios sobre el rol instrumental y emocional que tiene la familia por ser la red de apoyo social primaria; asimismo existe una amplia gama de investigaciones que resaltan la relevancia de abordar el componente psicosocial en las víctimas, por cuanto las afectaciones psicológicas y emocionales que un accidente de las magnitudes de MAP deja no son cuantificables; no obstante se requiere el acompañamiento a las víctimas desde diversas áreas del conocimiento de manera articulada.

Si bien existen investigaciones que en su conjunto abordan algunas aristas que se han identificado como claves para desarrollar procesos de intervención integral con las víctimas de MAP, no se halló una que abordara de forma holística las problemáticas y alternativas de solución que se exponen en el planteamiento del problema y justificación de la presente investigación. Con relación a las estrategias de RBC, se identificaron estudios en los que esta metodología se ha aplicado con PSD, obteniendo como resultado el trabajo con las redes de apoyo social para el fortalecimiento de estas y procesos de integración satisfactorios para las víctimas y sus familias.

La búsqueda de material bibliográfico -que contribuyó a establecer precedentes de investigaciones con relación a la temática de estudio- evidencia que hay falencias en integrar los procesos de RBC, desde las áreas de conocimiento, que es lo que propone la presente investigación: articular el componente psicosocial, técnico y terapéutico, a partir de procesos de rehabilitación integral en donde, de manera conjunta las áreas de conocimiento citadas, logren generar estos procesos mediante la articulación de las estrategias de RBC, concibiendo a las víctimas como un todo, y no de forma disociada.

3.2. Abordaje a víctimas de MAP desde las áreas de conocimiento

En referencia a la producción de estudios en los campos de Educación, Subsistencia, Salud, Social y Fortalecimiento, se refleja que un número significativo de artículos de rehabilitación de víctimas de MAP plantea principalmente desde el campo de la Salud, específicamente en referencia a Salud, Fortalecimiento, Social, Fortalecimiento-Social, Subsistencia y Educación.

En el área de Fortalecimiento sobresale el estudio titulado *Estudio epidemiológico de víctimas infantiles de minas terrestres y municiones sin explotar: un estudio nacional de Irán*, en el que se devela que a pesar de los programas de educación sobre el riesgo de MAP y las extensas actividades de remoción de estas en la frontera occidental de Irán, aún causan víctimas civiles e infantiles, tres décadas después de la guerra entre Irak e Irán. Se recopiló información sobre la situación socioeconómica, la salud, la calidad de vida, la utilización de la atención sanitaria y los perfiles clínicos relativos a las lesiones causadas por MAP en los niños, niñas y adolescentes víctimas de estos artefactos explosivos.

El método de recolección de datos consistió en tres encuestas que abordaron los siguientes componentes: entrevista de salud, encuesta y exámenes médicos. Las encuestas sociales y las entrevistas de salud se realizaron empleando un método presencial, mediante un cuestionario que constó de 39 preguntas que estudiaron los componentes del hogar y los individuos, incluyendo información sobre el tiempo y el tipo de lesiones, la actividad física, la salud mental y la calidad de vida. Un equipo de médicos en diferentes subespecialidades evaluó y examinó a los niños para determinar las condiciones médicas y psiquiátricas actuales y la actividad física, los cuales recomendaron y organizaron más planes médicos, de rehabilitación o quirúrgicos. Según el estudio 24 niños (30%) habían recibido educación sobre el riesgo de MAP antes o después de los acontecimientos. El juego y el pastoreo del ganado fueron las actividades / razones más frecuentes en el momento de la lesión, las cuales fueron reportadas

en el 77% de los sujetos. Sesenta y tres por ciento de los incidentes tuvieron múltiples víctimas y en sólo 13 explosiones fueron los niños las únicas víctimas de los accidentes. Las lesiones más frecuentes fueron amputaciones en 41 sujetos (52,5%), seguido de pérdida auditiva en 23 sujetos (29,5%). Las amputaciones fueron más frecuentes en las extremidades superiores (62%) que en las extremidades inferiores (38%) (Mousavi *et al.*, 2015).

Pese a que se proporcionó atención en salud a los niños, niñas y adolescentes, es de resaltar que durante el desarrollo del estudio, solo se enuncia esta atención como modalidad de intervención, es decir, no se articularon otras áreas del conocimiento, si bien se realizaron encuestas que tuvieron en cuenta aspectos socio económicos y familiares, no hubo participación por parte del componente psicosocial, como medida para paliar las afectaciones psicológicas y realizar acompañamiento a las víctimas y sus familias de manera integral.

Desde el área de Salud sobresale la investigación *Rehabilitación de las víctimas de las minas terrestres - El desafío final*, en este estudio se menciona que las víctimas de MAP, usan una cantidad desproporcionadamente alta de recursos médicos; también que los mayores índices de incidentes se registran en regiones y países sin una sofisticada infraestructura médica y con recursos limitados, donde la rehabilitación es difícil en las mejores circunstancias (Walsh *et al.* 2003).

En la perspectiva de Walsh *et al.* (2003), los recursos médicos proporcionados para la atención de víctimas de MAP, son suficientes, aún en los países en vía de desarrollo, en donde se presentan mayores índices de accidentes y no hay suficiente cobertura en salud para las víctimas, sin tener en cuenta el contexto en el que se presentan estos hechos, lo cual denota un sesgo en el desarrollo de la investigación, por cuanto no aborda la rehabilitación de las víctimas desde otros componentes, como el psicosocial, rehabilitación física y técnico, asimismo, se desconoce el rol de las redes de apoyo social como un elemento fundamental en el proceso de rehabilitación de los sobrevivientes de MAP.

También desde el área de la salud, el estudio de Cohen (2015), en el contexto nacional, desde una investigación etnográfica realizada en la Unidad de Amputación y Rehabilitación del Hospital Militar Central de Bogotá. A través de una descripción de amputación quirúrgica y la rehabilitación, se analizó la comprensión *médica* de la vitalidad y la masculinidad con respecto a los sentidos, principalmente el dolor en el acto de amputación.

Este trabajo, aborda la rehabilitación desde la comprensión médica, no desde las experiencias sentidas y vividas de las víctimas, aunque, es de resaltar que se tiene en cuenta el componente psicológico, debido a que, desde la percepción del dolor en el acto de amputación se están abordando afectaciones psicológicas, De ahí es posible extrapolar al plano social y utilizar las redes de apoyo en el proceso de rehabilitación, para involucrar a los sobrevivientes de MAP en su proceso de rehabilitación de forma integral, es decir, realizar acompañamiento en el aspecto individual y familiar, así como desde los componentes psicosocial, técnico y de rehabilitación física, desde los sentires de las víctimas, articulándolos con los conceptos médicos.

Es de resaltar que desde las diferentes áreas de conocimiento a nivel internacional como nacional, no se encontraron estudios que abordaran el proceso de rehabilitación a víctimas de MAP, articulando las diversas áreas de intervención, es decir, desde cada área se están desarrollando procesos direccionados al tema sujeto de estudio; no obstante, no se denota un trabajo conjunto de las diferentes disciplinas. Por tanto, la presente investigación pretende aportar desde las estrategias de RBC, integrando el componente psicosocial, educación, rehabilitación física y salud para proporcionar procesos de rehabilitación integral, teniendo en cuenta las vulneraciones a los derechos fundamentales de las víctimas; y propendiendo porque el proceso de reintegración social garantice el goce efectivo de sus derechos, mediante el trabajo colaborativo desde diversas profesiones o disciplinas.

3.3. Marco referencial

3.3.1. Referente teórico. *Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)*: la Rehabilitación Basada en comunidad (RBC) fue promovida como “una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales” (OMS, 2012). A su vez, “promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad” (OMS, OIT y UNESCO, 2005).

La RBC comprende dos componentes: el primero, asociado al mejoramiento en la calidad de vida de las personas con discapacidad que no pueden acceder a servicios de salud, por aspectos relacionados con los recursos económicos que impiden tener una rehabilitación que responda al tratamiento requerido. El segundo aspecto, destaca la necesidad de incluir a la comunidad en un proceso que enfatiza la correspondencia entre la Persona en Situación de Discapacidad (PSD), su familia y la comunidad, para poder garantizar una evolución progresiva que implique el apoyo de quienes acompañan a diario a la víctima que requiere de la rehabilitación.

Por tanto, según la OMS, OIT y UNESCO (2005), los dos objetivos fundamentales planteados a partir de la RBC son:

- Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarias y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.

- Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad como, por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación.

Es indispensable considerar la participación de la comunidad en esta estrategia, debido a que la población intervenida, le da sentido a los procesos terapéuticos y la capacidad de empoderamiento como sujetos de derechos. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en el año 1994 establece que “la RBC contribuye a promover los derechos de las personas con discapacidad integrándolas en sus respectivas comunidades, y además posibilita su plena participación en actividades de índole social, educativa, cultural, religiosa, económica y política” (UNESCO, 1994, p.28).

En la medida en que se hace esencial la asistencia a la población en situación de discapacidad, que específicamente no tiene los recursos que le permitan acceder a los servicios que puedan mejorar su bienestar y movilidad, la Asamblea de la OMS en el 2005, adoptó una resolución sobre la prevención de la discapacidad y la rehabilitación, mediante la creación de una Guía que brinda un nuevo marco para la acción, así como una sugerencia práctica para la implementación de la metodología RBC (OMS, 2012).

La Guía para la RBC se constituyó con la evolución de la metodología, entendiendo que esta inició con un enfoque de prestación de servicios, para pasar a un enfoque de desarrollo comunal (OMS, 2012). El avance que ha tenido dicha metodología permite considerar el valor dado al empoderamiento comunitario, que debe ser concebido como la oportunidad que tiene la comunidad de conocer las diversas formas en que las personas que están en situación de discapacidad al interior de esta pueden eliminar progresivamente toda “limitación” que lleva a percibir a estos individuos como “incapaces” de producir cambios en su entorno social.

Dentro de la metodología, aparece la Matriz RBC, creada en 2004 como una estrategia de desarrollo multisectorial más amplia y que incluye cinco componentes: la salud, la educación,

la subsistencia, el componente social y el fortalecimiento (OMS, 2012). A continuación, se presenta una descripción de cada uno de los componentes de la Matriz RBC, con base en la Guía para la Rehabilitación Basada en Comunidad:

El componente salud tiene como meta lograr que las personas con discapacidad tengan su grado máximo de salud posible. Su rol consiste en asegurar que las necesidades de las PSD y sus familias sean consideradas en las áreas de promoción de la salud, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal. También involucra los individuos y sus familias en el acceso a los servicios de salud, y la conexión con sectores que faciliten este acceso (OMS, 2012). Cabe resaltar que las personas con discapacidad requieren de la atención primaria en salud, como medio para tener movilidad, cubrir sus necesidades básicas; adquirir medicamentos y/o terapias que permitan mejorar su vida cotidiana, y, por tanto, evitar que sean alterados otros componentes de su salud. Asimismo, si el personal médico que asiste a las comunidades brinda un acompañamiento y aprendizaje adecuados sobre cada uno de los cuidados que se deben tener; la población en su conjunto tendrá alternativas directas en el acceso a la atención primaria.

El componente educación tiene como meta que las personas con discapacidades tengan acceso a la educación y al aprendizaje permanente, dando lugar al desarrollo de su potencial, un sentido de dignidad y autoestima, y la participación efectiva en la sociedad. Para esto se trabaja con el sector educativo con el objetivo de obtener una educación inclusiva para las personas con discapacidad (OMS, 2012). Es importante que la población en situación de discapacidad no sea excluida de los espacios de aprendizaje, de acuerdo con las habilidades y destrezas que tienen y pueden desarrollar a partir de procesos educativos. Además, esta inclusión también involucra a la sociedad en general, eliminando toda discriminación o desconocimiento sobre su condición.

El componente de subsistencia tiene como meta que las personas con discapacidad logren medios para subsistir, tengan acceso a medidas de protección social y puedan ganar ingresos suficientes para vivir una vida digna y contribuir económicamente con sus familias y comunidades. Para esto, busca facilitar el acceso conjunto de estas personas y sus familias, con el fin de adquirir destrezas, oportunidades de subsistencia y mayor participación en la comunidad (OMS, 2012). La población en situación de discapacidad puede, a través del desarrollo y potencialización de sus habilidades, obtener ingresos que le hagan productiva y promotora de sostenimiento de sus propias familias. Se requiere del apoyo de la sociedad para que esto sea posible, y así como sucede con la educación inclusiva, se demanda que la colectividad incluya a estas personas.

El componente social tiene como meta que las personas con discapacidad asuman roles sociales y responsabilidades significativas en sus familias y comunidades, y sean tratados como miembros iguales de la sociedad. Por esto, los programas de RBC apoyan a las personas con discapacidad a tener oportunidades sociales, para poder enfrentarse al estigma y a la discriminación para lograr un cambio social positivo (OMS, 2012). Las organizaciones y el equipo de trabajo que interviene con la metodología RBC a PSD, sus familias y comunidades; poseen una significativa oportunidad para enseñar, empoderar, direccionar y acompañar en cada uno de los procesos de rehabilitación que necesita esta población específica. En este componente se refuerza lo que en el de subsistencia y educación se ha trabajado, y se puede generar un vínculo entre los tres elementos que son complementarios.

Por último, el componente de fortalecimiento tiene como meta que las personas con discapacidad y sus familias tomen sus propias decisiones y asuman responsabilidades al cambiar sus vidas y mejorar sus comunidades. Por tanto, el rol de la RBC es promover, apoyar y facilitar la participación de las PSD y sus familias en los temas que afectan sus vidas (OMS, 2012). Al desarrollar este componente, finalmente, se llevan a la práctica, las competencias que

se han podido alcanzar en los elementos anteriores, de acuerdo con la capacidad que tiene la población de asumir su realidad y transformarla por sus propios medios, en la medida en que ha aprendido de otros y de sí mismos.

La PSD a partir de este proceso pueden, de forma gradual, generar independencia y visibilizar la posibilidad que tiene de aportar a su familia y comunidad nuevas opciones de vida que aporten crecimiento personal y colectivo; para lograrlo se requiere de tiempo, disposición de las partes involucradas y la intervención responsable de quienes apliquen la metodología RBC.

3.3.1.1. **Modelos.** Al hablar de discapacidad, existen diversos modelos que intentan abordarla, por medio de patrones que han permeado a lo largo del tiempo la forma en que se percibe la discapacidad, intentado dar una explicación a la misma. De esta manera, y teniendo en cuenta que las percepciones son dinámicas, han surgido enfoques teóricos que plantean diversas formas de percibir la discapacidad, como el modelo médico, el modelo social y el modelo biopsicosocial.

En primer lugar, está el modelo *médico*, con el que se evidencia que las causas para justificar la discapacidad son científicas, en la medida en que existe una diversidad funcional en términos de salud, y para esto requieren de la rehabilitación (Palacios, 2008); allí se resalta que la discapacidad depende únicamente de la persona, que por motivos de enfermedad y/o accidente no puede desarrollarse física, sensorial o intelectualmente como el resto de los individuos,

En segundo lugar, con el modelo *social*, la discapacidad deja de ser percibida como una enfermedad asociada netamente a la salud, para ser comprendida “como una condición determinada por las interrelaciones entre las personas y el contexto social” (Santórsola, et.al, 2013, p.33), debido a que este modelo, “desde la óptica social de la discapacidad, supone por una parte, la reivindicación de las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos

y, por la otra, la comprensión de que es la sociedad la que impone barreras y discriminaciones discapacitantes” (Santórsola, *et.al*, 2013). Se deja de apreciar que las personas en situación de discapacidad no pueden participar en los contextos en que se desarrolla la vida cotidiana, y se les empieza a valorar en el contexto social, como personas que tienen derechos inherentes.

En tercer lugar, la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud) propone el modelo *bio-psicosocial*, a partir de la integración y el equilibrio entre el modelo médico y social, que proporciona una visión coherente de la discapacidad con la perspectiva biológica, individual y social (Organización Mundial de la Salud , 2001).

3.3.1.2. **Enfoques.** Al hablar de las víctimas de MAP en el marco del conflicto armado en Colombia existen enfoques que abordan esta problemática, como el enfoque diferencial y el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). El enfoque diferencial “permite evidenciar las condiciones y/o situaciones de desigualdad que sustentan la necesidad de medidas y acciones positivas que disminuyan las condiciones de discriminación y modifiquen las circunstancias de vulneración” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007). En otras palabras, este enfoque propende por lograr una efectiva equidad entre los múltiples grupos poblacionales, con el reconocimiento de las necesidades específicas de cada comunidad (Ministerio de Educación, 2005). Para el caso particular de las víctimas de MAP, cada una de las acciones que pretenden mejorar su calidad de vida, deberán ser aplicadas tras identificar cada una de las necesidades particulares que generan ‘desventaja’, respecto al resto de la población; así como la atención, el trato, las oportunidades y el espacio físico.

3.3.1.2.1. *Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), su incidencia en el deber de las autoridades para garantizar los derechos de la población víctima de MAP.*

Deber de las autoridades de garantizar los derechos humanos.

Para efectos de la presente investigación se tendrá como directriz el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), por cuanto se considera un referente conceptual, desde lo normativo tiene su fundamento en la fuente de derecho internacional sobre DDHH, de otra parte, desde la perspectiva operacional está orientado a la promoción y protección de los DDHH. Su objetivo es identificar las desigualdades que, en parte, tienen su génesis en la no garantía de los derechos de las minorías, estas se encuentran en el foco de los problemas de desarrollo, por tanto, se orienta a corregir las prácticas discriminatorias y la centralización o polarización del poder, el cual se convierte en una práctica que dificulta el mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos (ONU, 2006).

En el EBDH, los ejes para plantear alternativas de solución se encuentran sujetos a las políticas establecidas por el Derecho Internacional, lo cual contribuye a promover y mantener la sostenibilidad de las acciones encaminadas al desarrollo, asimismo, empoderar a las comunidades para que participen en la formulación de políticas públicas, las cuales deben estar encaminadas al reconocimiento y restablecimiento de derechos de las comunidades más vulnerables. De otra parte, es de vital importancia que desde el EBDH se promueva el reconocimiento de acciones que se normalizan en el marco de los conflictos armados fundamentalmente y que llevan a que la presencia del Estado se vea reemplazada al ser inexistente en regiones apartadas, lo cual lleva a que desde el EBDH se designen responsabilidades a quienes tienen la obligación de actuar.

Es de resaltar que no existen unos pasos preestablecidos para efectuar el EBDH, no obstante, los organismos de Naciones Unidas han establecido un conjunto de directrices fundamentales:

- En la formulación de políticas y planes de desarrollo, el eje rector de estos deberá ser el cumplimiento de los derechos humanos.
- El EBDH tiene como centro de acción a “los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, y a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar estos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones” (ONU, 2006).

Teniendo en cuenta que el EBDH se centra en la realización de los derechos de las poblaciones excluidas y marginadas, como la población víctima de MAP, la cual tiene dificultades en el acceso a los elementos medico protésicos, y cambio de la prótesis después de un periodo de uso, en el cual se deteriora debido al uso la prótesis, generando afectaciones en la salud de quienes usan dichos dispositivos, se podría inferir que dicho segmento poblacional corre el riesgo que se infrinjan sus derechos, en este caso, se debe aplicar el enfoque EBDH en la elaboración de políticas, programas y proyectos, teniendo como base la premisa que, un país no puede avanzar de forma sostenida sin reconocer los principios de derechos humanos (especialmente la universalidad) como principios básicos de gobernanza. La universalidad significa que todas las personas tienen derechos humanos, aunque las limitaciones de recursos obliguen a fijar prioridades (ONU, 2006).

Visión integral desde el EBDH

Es fundamental que las estrategias de RBC integren el EBDH, adoptando una visión holística del entorno, teniendo en cuenta la familia, la comunidad, la sociedad civil y las autoridades locales y nacionales, asimismo, por el contexto en donde han acaecido los hechos, es decir, en el contexto del conflicto armado colombiano, se hace necesario tomar a

consideración el marco social, político y legal que determina la relación entre esas instituciones y las exigencias, los deberes y las responsabilidades resultantes, por cuanto el EBDH suprime los sesgos sectoriales y facilita una respuesta integrada a problemas de desarrollo que tienen múltiples dimensiones, en este sentido, el EBDH proporciona una visión integradora, lo cual se hace imprescindible en el desarrollo de la presente investigación.

Otro aspecto por resaltar es el empoderamiento que genera el EBDH en las comunidades, el enfoque contribuye a que el proceso de formulación de políticas sea transparente y da a las comunidades capacidad de acción para que los que tienen el deber de actuar rindan cuentas al respecto, asegurando que existan vías de reparación efectivas en caso de violación de derechos, como es el caso de las víctimas de MAP, a las cuales se les han vulnerado sus derechos, no solo desde la perspectiva del DIH, también al desplazarse a las urbes en busca de atención en salud en sus procesos de rehabilitación, generando sentimientos de impotencia y desesperanza al no encontrar respuestas a sus necesidades inmediatas, particularmente en lo que respecta al cambio de la prótesis, lo cual ha sido una categoría de análisis en la presente investigación, debido a que, inicialmente en gestión con entidades gubernamentales y no gubernamentales, los sobrevivientes adquieren el elemento médico protésico, sin tenerse en cuenta que este debido al uso y fundamentalmente a las actividades laborales que ejercen los sobrevivientes, las cuales son labores en el campo y actividades informales, genera un deterioro acelerado de la prótesis; lo anterior lleva a incluir un enfoque diferencial en las políticas públicas en lo que respecta a la discapacidad (ONU, 2006).

Incorporar un EBDH en la política pública

El autor Pierre Müller (2000), en su artículo *elementos para una estrategia de investigación sobre políticas públicas*, establece de manera propositiva un marco metodológico que, surge como eje rector para dar respuesta a tres preguntas fundamentales sobre políticas públicas: génesis, funcionamiento y medición del impacto social y económico de una política pública,

dichos pasos no son lineales, por el contrario son iterativos, y se dan según el contexto, debido a que en la formulación de investigación en políticas públicas se plantea un plan estratégico para el seguimiento e investigación en la efectividad y brechas de estas; no obstante, la realidad del contexto sugiere modificar dicha estructuración, según los hallazgos tangibles.

En el proceso de formulación de la pregunta de investigación, la cual da los lineamientos para el planteamiento de objetivos que lleven a dar respuesta a dicho cuestionamiento, es fundamental que se tenga en cuenta la participación de las víctimas, ya que desde las necesidades vividas por este segmento poblacional se debe direccionar la pregunta que genere el diseño.

El acercamiento con las instituciones gubernamentales es importante, debido a que estas pueden ser fuente de información que aporte para el análisis y construcción de indicadores que permitan medir la información que se recabe, además el diseño de instrumentos de recolección de información, los cuales son imprescindibles a la hora de obtener información con los actores clave, para identificar dichos actores, según Müller (2000), se debe realizar un análisis y mapeo de actores, que permita determinar criterios a la hora de aplicar las entrevistas; finalmente, sistematizar la información obtenida de los procesos de diagnóstico, análisis y codificación de información, lo cual genera transferencia de conocimiento, por cuanto visibiliza las problemáticas que surgen a partir del análisis y permiten socializarlo con la ciudadanía y movimientos sociales que generen presión en los altos mandos administrativos, en este sentido, las políticas públicas y los derechos humanos están correlacionados, casi afirmando, que el no cumplimiento de las políticas públicas vulnera los derechos humanos de la población en el campo específico en el que estas hayan sido diseñadas, por lo anterior se hace necesario incorporar un Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) en el diseño e implementación de las mismas.

En el EBDH, los ejes para plantear alternativas de solución se encuentran sujetos a las políticas establecidas por el Derecho Internacional, lo cual contribuye a promover y mantener la sostenibilidad de las acciones encaminadas al desarrollo, asimismo, empoderar a las comunidades para que participen en la formulación de políticas públicas, las cuales estén encaminadas al reconocimiento y restablecimiento de derechos de las comunidades más vulnerables. De otra parte, es de vital importancia que desde el EBDH se promueva el reconocimiento de acciones que se normalizan en el marco de los conflictos armados fundamentalmente y que llevan a que la presencia del Estado se vea reemplazada al ser inexistente en regiones apartadas, como es el caso de la población víctima de MAP, en donde un porcentaje significativo de este segmento se encuentra en las áreas urbanas del país, lo anterior conlleva a que desde el EBDH se designen responsabilidades a quienes tienen la obligación de actuar.

Según la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos (2006), en su informe preguntas frecuentes sobre el EBDH, en la cooperación para el desarrollo, un EBDH lleva a resultados mejores y sostenidos en los esfuerzos de desarrollo y hace que las inversiones den mayores beneficios por los siguientes medios:

- Aumentando la capacidad de los principales agentes para emprender el diálogo, cumplir sus propias responsabilidades y hacer que el Estado rinda cuentas;
- Fortaleciendo la cohesión social mediante la búsqueda del consenso con procesos participativos y canalizando la asistencia a los excluidos y más marginados;
- Codificando el consenso social y político sobre la rendición de cuentas en materia de resultados en leyes, políticas y programas acordes con los convenios internacionales;
- Anclando los derechos humanos en un marco de leyes e instituciones;

- Institucionalizando los procesos democráticos, y v Fortaleciendo las capacidades de las personas y las instituciones para cumplir sus obligaciones, expresadas en leyes, políticas y programas locales, nacionales e internacionales (ONU, 2006).

3.3.2. Marco conceptual.

3.3.2.1. *Discapacidad, rehabilitación, rehabilitación integral:* según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es un vocablo que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las *deficiencias* hacen alusión a los problemas que afectan a una estructura o función corporal; las *limitaciones* de la actividad hacen referencia a las dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las *restricciones* de la participación abarca problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que viven las personas con dicha condición (OMS, 2008).

Además, desde una óptica holística, la discapacidad abarca el aspecto social (participación y ejecución de actividades) y médico (funciones corporales) de la persona con dicha condición; respecto a su condición física y a la relación que tiene con el medio social. En el Informe Mundial sobre la Discapacidad se expone que el término discapacidad ha sido orientado a un modelo médico y a un modelo social, pero se sugiere el equilibrio que debe existir en torno al mismo; por tal razón, se propone el modelo «bio-psicosocial», que entiende “el funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales” (OMS y Banco Mundial, 2011). A su vez, el Informe Mundial sobre la Discapacidad aclara que, al definirla desde la *interacción* con el otro, será posible “mejorar la participación social abordando las barreras que

impiden a las personas con discapacidad desenvolverse en su vida cotidiana” (OMS y Banco Mundial, 2011, p. 45).

Desde esta acepción sobre el término, discapacidad, se fundamenta la presente propuesta, dado que se concibe a las personas víctima de MAP (que han adquirido una discapacidad) como seres integrales en tres dimensiones: física, psicológica y social; asimismo, es indispensable resaltar que la discapacidad no debe ser percibida como un impedimento para la participación, debido a que las personas con discapacidad pueden llegar a desarrollar capacidades diferenciales que les permitan funcionar en el medio social de forma normal como el resto de la población. Por esto, las deficiencias y limitaciones se deben comprender como oportunidades de transformación en la vida de estas personas. Para lograr esto, será necesario el uso de la **rehabilitación** que permita tratar su funcionamiento cotidiano en el entorno y su condición física. De ahí, que, en el Informe Mundial sobre la Discapacidad, la rehabilitación es entendida como:

“Un conjunto de medidas que ayudan a las personas que tienen o probablemente tendrán una discapacidad, a conseguir y mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente. La rehabilitación hace referencia a las personas que han experimentado una pérdida de funcionamiento y reciben ayuda para recuperar el funcionamiento máximo” (OMS y Banco Mundial, 2011).

A su vez el Ministerio de Salud en Colombia, aborda el concepto de rehabilitación desde una perspectiva compuesta de diversos enfoques, en este contexto emerge el término de **rehabilitación integral** como un concepto que:

Establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas con discapacidad, lo que implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad, desarrolladas en corresponsabilidad por los diferentes sectores: salud, educación, trabajo, cultura, recreación y deportes, comunicaciones y transporte; entre otros, con el objeto de facilitar la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación e inclusión social de la población (Min Salud, 2013).

Además de los desafíos institucionales en términos de rehabilitación física orientados a la población víctima de MAP, el Estado debe garantizar una atención integral debido a los cambios inesperados y dramáticos que moviliza una situación de discapacidad, en la percepción mental del individuo, y en la capacidad del entorno familiar y comunitario para aceptar, atender y posicionar a su miembro, en su nueva condición.

La salud mental, definida por la Ley 1616 de 2013 es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal, que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

En este orden de ideas se identifican diversas dimensiones y puntos de apoyo que posee una persona con discapacidad con el fin de superar las barreras culturales, políticas, económicas, y sociales que sobresalen respecto al ambiente en que se desenvuelve y, por tanto, permitir la participación plena del individuo, su familia y su comunidad.

3.3.2.2. **Paz.** Teóricos como el sociólogo Johan Galtung, han contribuido con sus investigaciones sobre las paces; en su *teoría de los conflictos* analiza la conceptualización de paz, concluyendo que el conflicto es “Fuerza motriz del proceso de desarrollo y de la

construcción de la paz”, puesto que, para Galtung, el conflicto debe verse como una oportunidad para transformar y mejorar, aunque cabe el hecho de ser una causa que puede desencadenar en una situación bélica (Martínez, 2009).

Galtung expresa que la paz es, “potenciar la vida, despliegue de la vida”, en otros términos, el proceso para alcanzar la paz se basa en la posibilidad que tiene una sociedad de poder desarrollar todos sus aspectos: político, económico, social, cultural, creando así un marco en donde los ciudadanos puedan tener un goce pleno de sus derechos y satisfacción de sus necesidades: de libertad y de identidad. De otra parte, propone dos tipos de paces, paz positiva y paz negativa; entendiendo la primera como el estado en donde el sujeto puede desarrollarse dentro de una sociedad justa e igual, que brinda mecanismos y espacios para satisfacer las necesidades de sus ciudadanos, libertad, seguridad, bienestar e identidad. A su vez, es negativa con relación a la ausencia de guerras entre Estados; pero que acarrearán condiciones de inequidad e injusticia dentro de los mismos (Martínez, 2009).

3.3.2.3. **Conflicto.** En el desarrollo de la presente investigación, es necesario iniciar con la apropiación conceptual del término “conflicto”. Según la Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior en el marco de confrontaciones armadas, este término se refiere a la violencia producto del enfrentamiento de grupos de varias índoles, tales como fuerzas militares, guerrillas, grupos armados, paramilitares, comunidades religiosas o étnicas, empleando armas u otros métodos destructivos (Fride, 2008). Alejo Vargas, profesor asociado del programa de Ciencia política de la Universidad Nacional, señala que, “El conflicto debe ser entendido frente a diferentes causas de carácter económico, político, social, religioso o cultural, entre otras; favoreciendo en esta medida la configuración de espacios de oposición en los que se presentan diferentes alternativas para asumir y dirimir la controversia entre los

grupos de presión que en mayor o menor medida se organizan en medio de la divergencia social” (Vargas, 2010).

Asimismo, bajo la perspectiva del Derecho Internacional Humanitario (DIH) los conflictos armados internos o no internacionales son aquellos en los que, se presenta hostilidades entre el Estado y un grupo que se levanta en armas contra él, siempre que tal grupo no tenga el carácter de liberación nacional o haya sido reconocido como beligerante (Villarraga, 2003). El conflicto político, social y económico que ha venido experimentando Colombia desde la Década de los 50, se ha manifestado en acciones violentas por parte de diferentes actores armados, que ha originado en el país una crisis en materia de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (DIH), cada vez más compleja y profunda.

3.3.2.4. ***Minas Antipersonal (MAP)***. Según el ministerio de defensa nacional las MAP son armas de destrucción indiscriminada prohibidas por el derecho internacional humanitario; al ser pequeñas y livianas, pueden ser producidas, usadas y transportadas por una o dos personas.

Según el Glosario Nacional de Términos para la Acción Integral contra Minas Antipersonal, por "mina antipersonal" se entiende toda mina concebida para que explote por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explotar tenga la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas. Las minas diseñadas para detonar por la presencia, la proximidad o el contacto de un vehículo, y no de una persona que estén provistas de un dispositivo anti-manipulación, no son consideradas minas antipersonal por estar así equipadas (Dirección contra Minas, 2016).

Las heridas que producen las MAP son especialmente graves: el propósito de estas armas es matar, o más a menudo, generar una discapacidad de por vida a las víctimas, pues están especialmente hechas para destrozar miembros y vidas sin posibilidad de reparación. Suelen ser ubicadas estratégicamente por los gobiernos para proteger, o arbitrariamente por los grupos

irregulares para atacar, instalaciones que contienen fuerzas peligrosas: presas, diques, oleoductos o centrales de energía eléctrica, que una vez atacados pueden producir la liberación de aquellas fuerzas y causar, en consecuencia, pérdidas importantes en la población civil (Ministerio de defensa Nacional , 2008).

Las MAP representan una situación funesta durante y después de finalizados los conflictos porque no hacen distinción entre soldados y personas civiles. Matan y mutilan a un niño que juega fútbol con la misma facilidad que a un soldado que patrulla. En las situaciones de postconflicto, es más frecuente que la víctima sea una persona civil realizando sus quehaceres cotidianos. Terminados los conflictos armados, las minas que no explotaron y que permanecen bajo tierra (aún después de 50 años, una mina puede hacer explosión) en puntos estratégicos de comunicación y abastecimiento, dificultan el ingreso de los técnicos, la ayuda humanitaria y el personal de los programas diseñados por los gobiernos para las zonas más afectadas. Además, imposibilita el regreso de las personas desplazadas y el sostenimiento de estas, debido a que la mayoría de las minas están localizadas en campos fértiles de producción agrícola (Ministerio de Defensa Nacional , 2008).

4. Marco normativo

4.1. Víctimas de MAP

Al realizar una caracterización sobre las víctimas de MAP, las cuales adquieren una discapacidad permanente que las configura como Personas en Situación de Discapacidad, es indispensable conocer los derechos que tienen como individuos de especial cuidado y en situación de vulnerabilidad, tal como lo proclama la Constitución Política. Entendiendo que, desde lo normativo, se puede comprender, el reconocimiento que a nivel internacional y nacional se le ha hecho a esta población, en torno a sus derechos especiales, en el reconocimiento de sus necesidades, las garantías específicas, los organismos de protección de sus derechos y las formas de acceso a oportunidades.

Para contextualizar, los antecedentes jurídicos y legislativos en torno a las víctimas MAP, es necesario remitirse a la *Declaración de Ottawa del 5 de octubre de 1996* y la *Declaración de Bruselas del 27 de junio de 1997*, por medio de las cuales se insta a un acuerdo internacional jurídicamente vinculante que prohíba el uso, el almacenamiento, la producción y la transferencia de minas antipersonal.

La *Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de MAP y sobre su destrucción*, aprobada en 1997 y ratificada por el Estado colombiano mediante proyecto de Ley 554 de 2000, que es de carácter vinculante. Ésta constituye el insumo base para la creación de la Ley 759 de 2002 “por medio de la cual se

dictan normas para su cumplimiento y se fijan disposiciones con el fin de erradicar en Colombia el uso de las minas antipersonal”.

De otra parte, el documento CONPES 3567 (2009) da apertura a la Política de Acción Integral contra MAP (AICMA), durante el periodo 2009 a 2019, y garantiza que “el desarrollo humano y socioeconómico de las comunidades no se vea obstaculizado por la existencia o sospecha de presencia de MAP y que, adicionalmente, las víctimas de dichos artefactos ejerzan plenamente sus derechos”.

Según la Ley 1448 de 2011 de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado interno, las víctimas de MAP, gozan de servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que consistirá en: Hospitalización, Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de la Protección Social, Medicamentos, Honorarios Médicos, Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas, Transporte y Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento (Ley 1148, 2011).

En el Artículo 13 de esta Ley, expone que el Estado asume desde un enfoque diferencial, “la protección y garantía a los grupos expuestos a mayor riesgo de violencia, tales como mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de derechos humanos y víctimas de desplazamiento forzado” (Ley 1148, 2011, p. 54).

La situación de vulnerabilidad que afrontan los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de MAP, requiere de atención especializada de profesionales de diversas ramas, para el trabajo interdisciplinario, el artículo 189 de la Constitución Política de Colombia deja de manifiesto que “tendrán derecho a la reparación integral, (...) a recibir de manera gratuita y por el tiempo definido según criterio técnico-científico tratamiento médico, prótesis, órtesis y asistencia psicológica, que garanticen su plena rehabilitación”(Constitución Política de Colombia, 1991).

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Política de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado Interno, es quien direcciona la formulación, implementación y evaluación de proyectos, programas con la finalidad de mitigar los efectos físicos y psicosociales de las personas que han adquirido doble condición de vulnerabilidad, como víctimas del conflicto, y a su vez en condición de discapacidad. Este grupo se considera “elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago; y gozará de atención en salud física y mental, al recibir atención psicosocial individual o colectiva para superar las afectaciones relacionadas con el hecho victimizante, y quedar exentas de cualquier cobro” (Ministerio de Salud, 2012).

De otra parte, existe una normatividad especial, teniendo en cuenta la condición de discapacidad producto del conflicto armado. Entre estas se encuentran, “la resolución 48/96 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1993, en la que se aprobaron las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y, la resolución 56/115, de 19 de diciembre de 2001 sobre la aplicación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos”. Estas normas aprobadas tuvieron como finalidad “garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de ciudadanos de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones de los demás”.

4.2. Hacia el reconocimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad

Existe un amplio marco normativo sobre la discapacidad, desde la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, hasta la promulgación de otras declaraciones y principios en esta materia. En el caso de Colombia, la Constitución Política de 1991, desde el modelo de Estado Social de Derecho, consagra los derechos de las PSD y garantiza su protección especial. Por esto, imparte las directrices para adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social en el

artículo 47, señala la obligatoriedad del Estado en la formación e inclusión laboral de las PSD en el artículo 54, y garantiza su educación en el artículo 68 (Constitución Política de Colombia, 1991).

Asimismo, Colombia incorpora al Bloque de Constitucionalidad los avances del Derecho Internacional, como la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las PSD -Ley 762 del 2002-, y la Convención sobre los derechos de las PSD de las Naciones Unidas -Ley 1346 del 2009- (Presidencia de la República, 2005).

A su vez, en el marco de la reforma al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS) de 2013, se contempla como sujetos de especial protección a las PSD, las cuales gozarán de protección especial por parte del Estado, lo que garantiza su atención en salud sin restricciones administrativas o económicas. (Documento Conpes Social, 2013).

Como ya se mencionó, en el contexto internacional se encuentra la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las PSD, en este documento se prevé medidas tanto de no discriminación, como de acción positiva, que los Estados deberán implantar para garantizar que las PSD puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DHDH), adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1948, se establecen normas uniformes de DDHH aceptados por los Estados miembros. La DUDH contiene las bases normativas que guían la formulación de estándares que existen hasta hoy y que se refieren a las personas con discapacidades. En el artículo 25, la DUDH menciona específicamente los derechos socioeconómicos de las personas con discapacidades: el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo comida, vestido, habitación y servicios médicos, el derecho a servicios sociales en el caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez. El artículo 7, garantiza la igualdad ante la ley y la protección por igual, respeto a todas las personas; incluso en contra de

la discriminación (ONU, 2006). Este marco jurídico internacional y constitucional ha generado un amplio desarrollo legal y jurisprudencial sobre la obligatoriedad del Estado de reconocer y aplicar estos derechos. Además, sobresalen en el marco normativo nacional las leyes 361 de 1997, 1145 de 2007, 1346 de 2009 y 1618 de 2013.

La Ley 361 de 1997, establece mecanismos de integración social de las personas con limitaciones. Esta ley obliga a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a incluir en su Plan Obligatorio de Salud (POS), atenciones especiales de promoción y prevención para personas en esta condición, así como el reconocimiento especial a quienes ya poseen una discapacidad, las cuales deben estar especificadas en el carné de dichas entidades. También el Estado garantiza por medio de esta ley, el acceso a la educación en todos los niveles educativos PSD, en entidades tanto públicas como privadas. Para esto, el Gobierno Nacional debe establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente adecuado para la formación integral de las personas con limitaciones (Ley 361, 1997).

El Estado debe establecer los mecanismos necesarios para que las PSD cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que les permita auto realizarse, cambiar su calidad de vida e interactuar en su ambiente inmediato y en la sociedad. El Gobierno debe adoptar las medidas pertinentes dirigidas a la creación y fomento de las fuentes de trabajo para las personas con limitación, para lo cual utiliza como mecanismo de acción a organizaciones de personas con limitación, que se dediquen a la educación especial, a la capacitación, a la habilitación y rehabilitación (Ley 361, 1997).

Por medio de esta ley, se garantiza que las personas con algún tipo de discapacidad reciban atención social pertinente e inmediata, según su limitación y requerimientos. Asimismo, se reglamenta la construcción, ampliación y reforma de los edificios abiertos al público y

especialmente de las instalaciones de carácter sanitario para este segmento poblacional. La ley obliga a que las empresas que tengan por objeto el transporte aéreo, terrestre, marítimo, fluvial o ferroviario; aseguren el adecuado transporte de los implementos relacionados con la limitación que tenga la persona, así como asientos especiales ubicados en primera fila para éstas. Se asegura el derecho a la información a personas con algún tipo de discapacidad, ya sea auditiva o visual. (Ley 361, 1997).

La Ley 1145 de 2007, difunde la forma en que se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, y pone en marcha la formulación e implementación de la política pública de discapacidad entre las entidades públicas nacionales, regionales y locales, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil; con el propósito de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los DDHH. Allí, se define a la PSD, como aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social, por causa de una condición de salud, o barrera física, ambiental, cultural, social y del entorno cotidiano. Además, se enmarcan los principios generales que orientan la Política Pública Nacional para la discapacidad, los cuales son: el enfoque de derechos, la equidad, la solidaridad, la coordinación, la integralidad, la corresponsabilidad social, la sostenibilidad, la transversalidad y la concertación (Ley 1145, 2007).

Finalmente, la Ley estructura el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), su organización, funciones, obligaciones, entre otros. Se delimitan cuatro niveles que lo componen: el Ministerio de la Protección Social o el ente que haga sus veces como el organismo rector del SND; el Consejo Nacional de Discapacidad (CND), como organismo consultor, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema y de la Política Pública Nacional de Discapacidad; los Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad (CDD), como niveles intermedios de concertación, asesoría, consolidación y seguimiento de la Política

Pública en Discapacidad; y los Comités Municipales y Locales de Discapacidad (CMD) o (CLD), como niveles de deliberación, construcción y seguimiento de la política pública de discapacidad (Ley 1145 de 2007).

En la Ley 1346 de 2009 se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, la cual tiene como intención promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente (Ley 1346, 2009).

Los principios que rigen esta convención son:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- La no discriminación.
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.
- La igualdad de oportunidades.
- La accesibilidad.
- La igualdad entre el hombre y la mujer
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (Ley 1346, 2009).

La Ley 1618 de 2013, establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las PSD. Está directamente relacionada con la ley 1346 de 2009, la cual refuerza en la medida en que garantiza los derechos de las PSD, por medio de la implementación de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables, que permitan eliminar toda

forma de discriminación por razón de discapacidad. Se rige por los principios de dignidad humana, respeto, autonomía individual, independencia, igualdad, equidad, justicia, inclusión, progresividad en la financiación, equiparación de oportunidades, protección, no discriminación, solidaridad, pluralismo, accesibilidad, diversidad, respeto, aceptación de las diferencias y participación de las personas con discapacidad (Ley 1618, 2013).

Establece los métodos para que el Estado garantice los derechos de las PSD, así como los deberes de la sociedad (inclusión, aceptación, participación), los derechos de los niños y las niñas con discapacidad, el derecho a la habilitación y rehabilitación integral, a la salud, a la educación, a la protección social, al trabajo, al transporte, a la información y comunicaciones, a la cultura, a la recreación y deporte, a la facilitación de actividades turísticas, a la vivienda y a la justicia. Finalmente, menciona como eje fundamental, la participación de estas personas por medio de los diferentes mecanismos que el Estado debe garantizar (Ley 1618, 2013).

4.3. Procesos de desminado humanitario en zonas afectadas por el conflicto como acciones reparatoras

El fin del conflicto representa oportunidades únicas para fortalecer las medidas de reparación asegurando la participación de manera directa de las víctimas, el daño causado es un elemento fundamental dentro de las medidas de reparación para restablecer los derechos de las personas que sufrieron daños, como elemento de contribución a la no repetición de los hechos acaecidos en los contextos de las víctimas de MAP y comunidades afectadas.

Dentro de las Acciones concretas de contribución a la reparación se pone en marcha medidas necesarias que faciliten a quienes cometieron daños con ocasión del conflicto y de esta manera manifiesten compromiso y voluntad para contribuir directamente a favor de las víctimas y también de las comunidades a partir de su participación con acciones concretas de reparación

como actos tempranos de reconocimiento de responsabilidad. En el marco del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y NO Repetición quien haya causado un daño con ocasión al conflicto debe repararlo.

En cuanto a las normas y estándares internacionales del Sistema Universal y Regional de los derechos humanos la mayor parte de estos principios tienen consecuencias en el derecho interno refiriéndose a los derechos de todas las personas que han sido víctimas y disponen de los recursos y reparaciones a las víctimas, en este sentido se habla de medidas como:

Restitución, refiriéndose al restablecimiento y disfrute de la libertad de los derechos humanos y a devolver a la víctima a su situación antes de la violación de las normas internacionales de los derechos humanos o la violación del derecho Internacional Humanitario. Indemnización, apropiada a la gravedad todas las violaciones por los perjuicios económicamente evaluables y la causa que dé lugar al pago de las indemnizaciones por daños físicos, pérdida de oportunidades o daños mentales entre otras, Rehabilitación, como estrategia de planes y acciones de carácter jurídico, médico y psicosocial de las víctimas. Satisfacción, cesando las violaciones hasta esclarecer la verdad, hasta la búsqueda de las personas que son declaradas como desaparecidas y también la recuperación de los cuerpos, garantías de no repetición, consideradas para eliminar y superar las causas estructurales de la violación masiva a los derechos humanos.

La concordancia que existe entre las medidas de reparación integral para la construcción de la paz establecidas con las normas y estándares internacionales del Sistema Universal es clara, por cuanto la reparación Integral de las víctimas del conflicto armado no puede ser considerada como un acto de beneficencia, debido a que estas son un derecho que debe ser establecido, la situación de víctimas no debe dejar a ninguna persona en desventaja o condición de pobreza y no se justificara que las medidas de reparación desconozcan los derechos que encierran la reparación integral.

La reparación integral es un derecho complejo porque es un derecho en construcción donde existe una relación directa entre víctimas y daños sufridos, se reconoce en la jurisprudencia nacional e internacional, tiene conexidad e interdependencia con el derecho a la verdad y la justicia, su fin es el de proteger la dignidad e integridad de las víctimas desde un enfoque diferencial y consiste en la implementación de medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

La valoración de la afectación física, psicológica, moral, material, social o territorial, que puede sufrir las víctimas (individuos y/o colectivos) resulta compleja, en la medida en que es indispensable considerar múltiples factores a veces son difíciles de estimar y juzgar, como son los atentados contra la identidad, los traumas individuales o grupales, la alteración del proyecto de vida y la desarmonización ambiental o cultural. En la valoración de los daños sufridos surgen preguntas como: ¿qué se puede reparar?, ¿este hecho se puede reparar?, ¿hasta dónde se puede reparar?; preguntas también complejas de responder y que se encuentran relacionadas con aspectos confusos porque es difícil volver a la víctima a la situación que tenía antes de sufrir el daño.

Aunque el derecho a la reparación ha ido ganando concreción por cuenta de las decisiones adoptadas por tribunales internacionales, por los postulados establecidos en diferentes tratados donde se reconocen a las víctimas de violaciones de derechos humanos y por la jurisprudencia nacional e internacional que establece algunos lineamientos, el derecho a la reparación es un derecho en construcción, lo que hace compleja su aplicación, por cuanto el derecho a obtener reparación por lo general se sustenta en cláusulas genéricas que dicen muy poco acerca de su contenido y alcance preciso. Además, la reparación ha sido más objeto de documentos que corresponden al derecho blando o soft law que sistematizan principios y deberes relativos a este derecho pero que desde un punto de vista estrictamente jurídico, los instrumentos de derecho blando no tienen carácter vinculante para los Estados debido a que no son fuente de

derecho internacional y tampoco hacen parte del bloque de constitucionalidad en sentido estricto.

La conexidad del derecho a la reparación con el derecho a la justicia que tiene como fin proteger la dignidad e integridad de las víctimas y la aplicación de estos tres derechos es complejo, en la medida en que el derecho a la justicia resulta afectado cuando se propicia la impunidad y cuando se niega o limita el acceso a mecanismos ágiles y oportunos de investigación y sanción de los hechos criminales. Es decir, el derecho a la reparación requiere de la aplicación de la justicia como un principio fundante de nuestro ordenamiento jurídico que exige el compromiso de las autoridades de prevenir, investigar a través de mecanismos eficaces y de forma rápida, completa e imparcial, identificar y sancionar a los responsables de las graves violaciones de derechos humanos y de derecho internacional humanitario. El derecho a la reparación se relaciona con el derecho a la justicia porque se garantiza evitando la impunidad e implementando investigaciones serias, integrales e imparciales.

La interdependencia del derecho a la reparación con el derecho a la verdad tiene que ver con la necesidad de proteger la dignidad humana de las víctimas, sus familias y la sociedad, porque el conocer la verdad de lo ocurrido se constituye en una manera de resarcir y devolver el buen nombre y proteger la imagen de las víctimas. El derecho a la reparación se afecta cuando se niega o se limita el derecho individual a conocer a fondo los motivos y las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos delictivos, así como a saber quiénes fueron los responsables, el patrón criminal que aplicaron y a conocer donde yacen los restos de los seres queridos. La reparación está relacionada con el derecho colectivo de la memoria histórica para que la sociedad conozca públicamente lo sucedido, el deber de la memoria histórica y del no olvido es un mecanismo de defensa para no naturalizar la violencia, para no aplicar la ley del silencio y negar lo doloroso de la realidad de la violencia.

El derecho a la reparación se convierte en un derecho complejo que requiere reconocer la condición de víctima a las personas que han sufrido graves violaciones de derechos humanos y de derecho internacional humanitario con ocasión del conflicto y se debe evitar la revictimizadas, siendo necesario no desconocer, ocultar, minimizar o se justificar los crímenes cometidos.

La implementación de medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición se constituye en una cadena en la que no puede verse cada medida como un derecho aislado o la implementación de acciones sueltas, en donde debe existir una mirada con enfoque diferencial. Por ejemplo, la indemnización administrativa, resulta afectada cuando no es suficiente, justa y adecuada, impidiendo a las víctimas restablecer su existencia en condiciones dignas y de normalidad. Pero la indemnización no es suficiente por sí sola, junto con ella se deben considera acciones de rehabilitación del daño moral, psicológico y social, se debe otorgar medidas de satisfacción como pedir perdón y garantizar la no repetición. Cuando la reparación no se ajusta al daño sufrido o es manifiestamente desproporcionada, o cuando se reduce o niega la posibilidad de las víctimas de sanarse de las heridas físicas y emocionales del conflicto, no se puede hablar de reparación integral.

Por lo anterior, para el caso particular de la población sujeto de estudio que son las víctimas de MAP, se exponen los daños sufridos a partir de análisis del contexto:

Daños físicos:

- Pérdida de un miembro inferior
- Afectaciones a otras extremidades y partes del cuerpo, como pérdida de la córnea

Daños psicológicos

- Secuelas psicológicas propias de la afectación con la MAP

- Afectación de la estructura de la funcionalidad familiar, que puede llegar hasta la descomposición de la familia
- Afectación de la relación de pareja
- Trastorno de estrés post-traumático
- Re-victimización
- Estados de ansiedad
- Alteraciones emocionales (irritabilidad, falta de concentración, problemas para dormir)
- Adaptación a la nueva condición
- Reconfiguración del proyecto de vida
- Nueva percepción de la corporeidad
- Síndrome del miembro fantasma

Daños sociales y colectivos en el territorio

- Percepción de la comunidad frente al hecho
- Nueva percepción de la corporeidad por parte de la comunidad
- Impunidad del hecho, lo cual genera temor en la población
- Estereotipos sociales (referentes a la discapacidad)
- Discriminación laboral por la nueva condición física

Daños morales

- Atentado contra la integridad y la dignidad
- Daño a la vida con relación a la pérdida o mengua de la posibilidad de realizar actividades de vital importancia

- Señalamiento o prejuizgamiento social
- El no poder disfrutar en un periodo de su vida de la felicidad

Daños en el territorio

- Afectaciones a la productividad de las tierras como resultado del desplazamiento forzado, a partir del accidente con MAP
- Impacto en la economía local, debido al abandono forzado de las víctimas, quienes tienen como principal actividad económica la agricultura
- Daño ambiental por la plantación de MAP
- Estancamiento del desarrollo social del territorio

4.4. Desminado humanitario como garantía de no repetición

4.4.1. Tratados sobre armas A partir de la firma de Colombia a la *Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción*, el 3 de diciembre de 1997 (ratificó el 6 de septiembre de 2000 y entró en vigor el 1 de marzo de 2001), se unió a los esfuerzos internacionales por reglamentar y, posteriormente, proscribir las MAP, como una categoría de armamento convencional, en consideración a que no respeta los principios de distinción y proporcionalidad, los cuales establecen las obligaciones de distinguir entre combatientes y la población civil, así como de prohibir el empleo, en los conflictos armados, de armas, proyectiles, materiales y métodos de combate, los cuales por su naturaleza causan daños superfluos o sufrimientos innecesarios (Gobierno de Colombia, 2014).

Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción

En este tratado sobre convención de armas, los Estados parte se comprometen en el artículo 1, a nunca y en ninguna circunstancia emplear MAP, desarrollar, producir, adquirir de un modo u otro, almacenar, conservar o transferir a cualquiera, directa o indirectamente MAP, ayudar, estimular o inducir, de una manera u otra, a cualquiera a participar en una actividad prohibida a un Estado parte, conforme a la convención. Cada Estado parte se compromete a destruir o a asegurar la destrucción de todas las MAP, de conformidad a lo provisto en la convención.

En virtud de lo anterior, la convención está estructurada por una serie de artículos, los cuales son los ejes rectores de ésta. El *artículo 3*, hace alusión a las excepciones, y en el numeral 1, reza: “sin perjuicio de las obligaciones generales contenidas en el artículo 1, se permitirá la retención o la transferencia de una cantidad de minas antipersonal para el desarrollo de técnicas de detección, limpieza o destrucción de minas y el adiestramiento en dichas técnicas. La cantidad de tales minas no deberá exceder la cantidad mínima absolutamente necesaria para realizar los propósitos mencionados más arriba” (UNODA, 1997), asimismo, en el numeral 2 continúa extendiendo la permisividad de la transferencia de MAP, sólo cuando se realiza para su destrucción (UNODA, 1997).

El *artículo 4*, hace especial énfasis en la destrucción de las existencias de MAP, con excepción de lo dispuesto en el artículo 3, cada Estado Parte se compromete a destruir, o a asegurar la destrucción de todas las existencias de MAP que le pertenezcan o posea, o que estén bajo su jurisdicción o control, lo antes posible, y a más tardar en un plazo de 4 años, a partir de la entrada en vigor de esta Convención para ese Estado Parte (UNODA, 1997).

También el *artículo 5*, se refiere a la destrucción de MAP colocadas en las zonas minadas, y declara “cada Estado Parte se compromete a destruir, o a asegurar la destrucción de todas las MAP colocadas en las zonas minadas que estén bajo su jurisdicción o control, lo antes posible,

y a más tardar en un plazo de 10 años, a partir de la entrada en vigor de esta Convención para ese Estado Parte” (UNODA, 1997). Para el caso de Colombia que es un país que ha vivido por más de cinco décadas un conflicto armado interno en donde se ha hecho uso de las MAP como método de guerra, el territorio nacional se encuentra contaminado con estos artefactos. Como lo registra el Landmine and Cluster Munition Monitor (2013), las FACR fueron probablemente el grupo armado no estatal que utilizaba con más frecuencia en el mundo MAP y, respecto al ELN, resalta que el Gobierno continua constantemente encontrando artefactos que son dispuestos por este último actor armado.

Una evidencia del uso sistemático de estos artefactos son los eventos registrados desde 1990 hasta la actualidad en 31 de los 32 Departamentos Nacionales, tal como lo evidencia la figura 1.

DEPARTAMENTO	ACCIDENTE	INCIDENTE	TOTAL
Antioquia	1.515	3.701	5.216
Meta	594	3.459	4.053
Caquetá	548	1.853	2.401
Arauca	339	1.458	1.797
Bolívar	325	1.263	1.588
Norte De Santander	411	1.105	1.516
Tolima	255	1.200	1.455
Cauca	286	1.114	1.400
Nariño	445	900	1.345

Putumayo	191	1.012	1.203
Santander	178	776	954
Huila	147	711	858
Valle Del Cauca	134	585	719
Córdoba	185	400	585
Guaviare	104	467	571
Cundinamarca	89	466	555
Caldas	120	320	440
Cesar	67	299	366
Boyacá	45	312	357
Casanare	49	231	280
Choco	61	149	210
Sucre	26	140	166
La Guajira	20	129	149
Vaupés	31	113	144
Magdalena	16	100	116
Risaralda	13	63	76
Quindío	7	47	54
Vichada	6	45	51
Atlántico	3	13	16
Guainía	2	3	5

Amazonas	1	1	2
Total	6.227	22.544	28.771

Figura 1. Registro de víctimas de MAP por departamento.

Nota: Adaptado de IMSMA⁶ – Corte abril de 2014.
<http://historico.accioncontraminas.gov.co/ES/Paginas/programa/informacion.html>

3.4.1.1. Desminado humanitario en Colombia Atendiendo al artículo 5 de la *Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción*, en 2004 se inician las primeras operaciones de Desminado Humanitario, realizadas en 35 bases militares protegidas por minas antipersonal de Bogotá D.C. y 19 departamentos, en las cuales se **despejaron 158.830,86 m²** y se ubicaron y **destruyeron 3562 artefactos** (Dirección para la acción integral contra Minas Antipersonal, 2018). Según Dirección para la acción integral contra MAP (2018), el acuerdo de paz ha permitido avanzar en las operaciones de desminado humanitario, por cuanto se han podido iniciar operaciones de desminado en territorios donde antes, por razones de seguridad, no se podía. El Director de Descontamina Colombia, Sergio Bueno, asegura que, en la actualidad se adelantan operaciones en 263 municipios en más de 20 departamentos del país. Hasta el momento se han liberado 188 municipios de minas: 29 a través de operaciones de despeje y 159 a través de cualificación de información (Dirección para la acción integral contra Minas Antipersonal, 2018).

⁶El Sistema Oficial de Información sobre MAP es actualizado diariamente con información: 1. Reportada por las Fuerzas Militares con la georreferenciación de las operaciones que han requerido una intervención de desminado militar, Transmitida por las organizaciones que desarrollan actividades relativas a MAP en el país, 3. Comunidad en general, autoridades locales y entes de control a través de los formularios de ubicación y localización de eventos y para el registro de víctimas de MAP; en articulación con la gestión a nivel territorial que desarrolla el PAICMA, 4. Entidades e instituciones de Gobierno con presencia territorial.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, Colombia tiene una división geopolítica de 1101 municipios, 20 áreas no municipalizadas y la Isla de San Andrés, que suman 1122 entidades político-administrativas, que para efectos del Plan Estratégico 2016-2021, se convierten en **1122 municipios**, los cuales, a la fecha de corte, están divididos así:

- **591 municipios sin sospecha de minas** (sin sospecha de MAP/MUSE/AEI registrada históricamente y liberados mediante operaciones de Descontaminación del Territorio).
- **242 municipios en intervención** (asignados a operadores de Desminado Humanitario y en proceso de realización de Consejos de Seguridad).
- **289 municipios por intervenir** (con alguna afectación por MAP/MUSE/AEI registrada).

A la fecha de corte, 23 municipios han sido declarados zonas libres de sospecha de MAP/MUSE/AEI, los cuales según datos de Dirección para la acción integral contra Minas Antipersonal (2018), son los siguientes:

Depto.	Municipio	Operador	m ² liberados	Artefactos Destruídos	Fecha Declaración
	Cocorná	BRDEH	101.371	34	17-08-2017
Antioquia	El Peñol	BRDEH	7.000	0	17-08-2017
	Guatapé	BIDES	0	0	15-10-2016

	La Unión	The HALO Trust	0	0	15-10-2016
	Medellín	BRDEH	73.608	0	17-08-2017
	Nariño	The HALO Trust	113.926	127	15-10-2016
	San Carlos	BIDES	203.981.95	77	13-03-2012
	San Francisco	BIDES	340.992	314	27-08-2015
Atlántico	Barranquilla	BRDEH	15.752	0	17-08-2017
	Regidor	BRDEH	5.701	0	17-08-2017
Bolívar	Talaigua Nuevo	BRDEH	0		17-08-2017
	Zambrano	BIDES	75.092	15	24-04-2014
	Aracataca	BRDEH	21.002	0	17-08-2017
	Chibolo	BRDEH	1.750	0	17-08-2017
Magdalena	Fundación	BRDEH	36.354	0	17-08-2017
	Santa Marta	BRDEH	17.552	0	17-08-2017
	Zona Bananera	BRDEH	3.500	0	17-08-2017
	Cumaral	BRDEH	7.451	0	17-08-2017
Meta	El Dorado	BIDES	116.259,20	100	29-11-2012

	Guamal	BRDEH	34.253	0	17-08-2017
Santander	Sabana de Torres	BRDEH	78.787	12	17-08-2017
	San Vicente	BIDES	136.336,00	100	16-01-2016
Tolima	Ataco	The HALO	4.024	1	30-08-2017
		Trust			
Totales			1.394.692,15	780	

Figura 2. Municipios donde se ha realizado desminado humanitario con corte a abril 2018.

Nota: Adaptado de: Dirección para la acción integral contra Minas Antipersonal, 2018.

<http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx>

Con base en las cifras expuestas y el contexto de las víctimas de MAP en el país, se puede afirmar que el desminado humanitario se puede configurar como medida de no repetición, según los datos recabados a partir del contacto con los participantes de la presente investigación de los municipios en Colombia donde ocurrió el accidente con la MAP, sólo en el municipio de San Vicente de Chucurí se ha realizado el proceso de desminado humanitario, es de resaltar que en el Carmen de Chucurí se encuentra el proceso en desarrollo a abril de 2018, no obstante, aunque las cifras son alentadoras, evidencian que hay muchos territorios por intervenir.



Figura 3. Lugar y año de ocurrencia del accidente de las víctimas de MAP

5. Diseño metodológico del proceso

5.1. Metodología

El presente capítulo describe el acercamiento del marco metodológico de la investigación, en concordancia con la situación problema. El objetivo general se centra en el diseño de una estrategia de RBC dirigida a víctimas de Minas Antipersonal (MAP) mediante procesos de rehabilitación integral, que contribuya a su inclusión social y goce efectivo de sus derechos. En ese sentido, se desarrolló un proceso orientado en dos momentos: el primero con un *enfoque metodológico cuantitativo*, que contempló a su vez dos fases metodológicas, la primera desde un análisis bibliométrico, a partir del uso de la minería de datos y vigilancia tecnológica

utilizando medios informáticos. De ahí que en el presente estudio se hayan identificado, analizado, medido tendencias, evoluciones y novedades en la producción de conocimiento respecto a la rehabilitación integral de víctimas de MAP; el segundo momento correspondió a la caracterización del perfil individual, familiar y socio demográfico de las víctimas de MAP, se implementaron técnicas e instrumentos como la observación directa no participante, cuestionarios, la información fue recolectada por la investigadora y se procesó mediante la herramienta Excel, mediante la aplicación de estadística descriptiva, por el tipo de estudio de investigación.

El segundo, *el enfoque metodológico cualitativo*, el cual conllevó a estudiar la realidad de las víctimas de MAP en su contexto natural o cotidiano; en lo epistemológico desde el *paradigma fenomenológico*, que propone la construcción del conocimiento desde las percepciones, sentimientos y acciones de los actores sociales en la esencia de sus experiencias compartidas; para analizar e interpretar la información se definieron categorías, codificación en función del análisis de la información; extracción de información, mediante el software para investigación cualitativa Nvivo®. El proceso de triangulación de datos se implementó para garantizar la confiabilidad de los resultados del estudio.

El diseño de lineamientos estratégicos para la rehabilitación integral de víctimas de MAP, fundamentados en la RBC, se implementó desde la metodología *Desing Thinking*, la cual permite integrar diversas técnicas de participación que contribuyen a construir de manera conjunta estrategias de rehabilitación, a partir de necesidades y requerimientos de la población víctima de MAP.

5.1.1. Estudio de caso. La metodología se desarrolló desde el estudio de caso de las víctimas de MAP, en el contexto del conflicto armado en Colombia, para realizar un acercamiento al tema, se aborda el teórico, Robert Yin (1985). Este autor, define un estudio de

caso como una indagación empírica que: “Investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse”. En virtud de esta definición, es necesario precisar que la investigación de estudio de caso incluye, tanto estudios de un solo caso como de múltiples casos.

El caso en estudio puede ser una cultura, una sociedad, una comunidad, una subcultura, una organización, un grupo o fenómenos tales como creencias, prácticas o interacciones, así como cualquier aspecto de la existencia humana. En el presente estudio se abordó el caso de las víctimas de MAP y MUSE, quienes al momento del accidente adquieren una situación de discapacidad permanente. Los criterios de definición para optar por un estudio de caso son de naturaleza diversa; sin embargo, es posible encontrar lineamientos generales como los que plantea Patton (1988) para dar cuenta de las modalidades de muestreo no probabilístico que conducen a realizar observaciones o búsquedas selectivas en casos específicos.

Por su parte, Yin (2013), Hernández-Sampieri *et al* (2012), consideran que los estudios de caso son útiles para refinar, confirmar y/o extender la teoría, y producir conocimiento y validar resultados obtenidos por otros diseños. Starke *et al* (2009) señalan que estos proporcionan una base de datos enriquecedora e información completa sobre el fenómeno o unidad considerada y revelan diferencias entre expresiones de dicho fenómeno o los casos analizados. Thomas (2010) indica que el estudio de caso cuando es implementado con respeto al proceso de investigación ejemplifica el conocimiento o la teoría a través de sustraer manifestaciones reveladoras. Con frecuencia, el valor del estudio de caso reside en su oportunidad, por cuanto posibilita analizar unidades a las cuales es difícil tener acceso mediante otro diseño.

La selección del caso es el elemento central de este método o diseño; y por ello debe ser muy rigurosa. El investigador tiene que informar sobre los criterios y el proceso que fueron utilizados para determinar el caso o casos que se estudiarán. El caso se considera en sus dimensiones espacial y temporal. Asimismo, los límites o fronteras se determinan mediante la teoría que guía el estudio, el planteamiento y el sentido común (Elger, 2009). Los criterios que se consideraron para elegir el caso de estudio, fueron la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las víctimas de MAP y MUSE, por cuanto el total de las víctimas registradas en 2017 residían en la ruralidad, sin cobertura en salud que proporcione un acompañamiento a su proceso de rehabilitación, desde lo psicosocial hasta lo físico, obligando a que esta población tenga que desplazarse al sector urbano, lo cual conlleva gastos y en muchas oportunidades (según documentación previa), la ruta de atención a víctimas de MAP y MUSE, no responde a sus necesidades, por tanto se hace necesario plantear estrategias de rehabilitación integral articulando diversas áreas de conocimiento desde las necesidades de las víctimas.

5.1.2. Investigación bimodal. El presente estudio se desarrolló desde una investigación bimodal, constituida por fases que involucran lo cuantitativo y cualitativo. Según Hernández (2008) la investigación bimodal comprende un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos e implican la recolección y el análisis de datos desde los dos enfoques, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias de la información recabada (metainferencias) y lograr una mayor comprensión del fenómeno de estudio.

5.2.Momento cuantitativo

Es preciso aclarar la intencionalidad de la fase cuantitativa por cuanto éste enfoque utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis

previamente hechas, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández, 2003). En congruencia con los objetivos específicos, se realizaron las fases metodológicas en su orden respectivo:

5.2.1. Fase I. Análisis Bibliométrico. Técnica de corte cuantitativo, utiliza la minería de datos y la vigilancia tecnológica a través de la utilización de medios informáticos para la “localización de conocimiento y extracción de información implícita, previamente desconocida y potencialmente útil, de grandes volúmenes de datos” (Vargas, 2005), dicha técnica se implementó en el presente estudio con la finalidad de identificar, analizar, medir tendencias, evoluciones y novedades presentadas en la producción de conocimiento respecto a la rehabilitación integral de víctimas de MAP y MUSE, para ello se utilizó el software de minería de datos Vantage point⁷, que facilita la organización y análisis de grandes volúmenes de información, permitiendo; medir tendencias y establecer relaciones por autor, año de publicación, número de artículos, país, filiación institucional, índice H, e idioma.

5.2.1.1. Diseño del protocolo de investigación del Análisis Bibliométrico en torno a la rehabilitación integral de víctimas de Minas Antipersonal (MAP). Consiste en la definición de plantear los aspectos que se consideraron en la búsqueda de fuentes de información relacionadas con el tema de estudio, para lo cual se ha establecido por la investigadora, los siguientes criterios:

- Idioma: español – inglés

⁷VantagePoint es una poderosa herramienta de minería de texto para el descubrimiento de conocimiento en bases de datos de texto, ayuda a entender y navegar rápidamente a través de grandes volúmenes de información, dando un mejor punto de vista de la información y de esta manera convertirla en conocimiento (Search Technology, 2011).

- Periodo de tiempo: 2000 – 2017
- Términos o palabras clave para la búsqueda a partir de la ecuación: víctimas, sobreviviente, mina antipersonal, municiones sin explotar, rehabilitación, RBC, Rehabilitación Basada en Comunidad, comunidad, apoyo social, amputación, efectos, estrategias, procesos, terapias. Es de aclarar que estos términos son podrán modificarse en la medida que avance el proceso de rastreo de información, de tal forma que pueden suprimirse o emerger nuevas palabras.
- Tipos de documentos: se definió desde el equipo investigador, que se tendrán en cuenta artículos, ponencias, revistas, debido a que se consideran que garantizan rigurosidad en la búsqueda exhaustiva.
- Bases de datos: SCOPUS y EBSCO, dado que son especializadas en temáticas en Ciencias Humanas y Sociales y Ciencias de la Salud. No obstante, durante el proceso de búsqueda se determinará la pertinencia o la posibilidad de incluir otra base de datos.
- Áreas de conocimiento: debido a que la temática de investigación es abordada por diversas áreas del conocimiento, profesiones o disciplinas se ha definido que, el abordaje se realizará desde: Salud, Psicología, Artes, Sociología, Antropología, Ciencias Sociales y Humanas, Ciencias Forenses.
- Elaboración de la ecuación de búsqueda: se procedió con la formulación estructurada y organizada de las expresiones o términos con la finalidad de diseñar la ecuación de búsqueda, tales expresiones se introducirán en las bases de datos SCOPUS y EBSCO, seleccionadas debido a su reconocimiento como las bases de datos con mayor número de referencias bibliográficas de literatura científica y multidisciplinar (ELSEVIER, 2017), además de contar con filtros de búsqueda y herramientas que posibilitan acceder a información como: perfil de autor, perfil de institución, rastreador de citas, índice H y analizador de revistas científicas. La ecuación general de búsqueda se construirá con

base en la combinación de las diferentes expresiones de búsqueda descritas y los operadores booleanos “AND” y “OR”, en el cual “AND” cumple la función de localizar artículos que tengan todos los términos de búsqueda especificados y “OR” de localizar registros que contengan un término o sinónimos de este (Dodge, 2009).

- Ejecución de la revisión: consistió en la identificación, selección y evaluación de artículos obtenidos al introducir la ecuación de búsqueda en la base de datos SCOPUS y EBSCO, los cuales se seleccionarán de acuerdo con su pertinencia en la temática de estudio, luego se procederá con la extracción y síntesis de los datos de los artículos que conformarán los referentes investigativos.
- Identificación de estudios: estuvo dirigida por la estrategia de búsqueda, efectuada a través de la aplicación de criterios de búsqueda y palabras claves utilizadas en la construcción de la ecuación de búsqueda.
- Selección de estudios: los artículos seleccionados, fueron escogidos en un primer momento teniendo en cuenta lo siguientes características: año de publicación, título, resumen, y palabras claves, mediante lectura rigurosa por parte del maestrante.
- Criterios de inclusión y criterios de exclusión:



Figura 4. Criterios de Inclusión y Exclusión

5.2.1.1.1. Criterios de calidad. Para la evaluación de los criterios de calidad de los artículos, se tendrá en cuenta que cumpla con las siguientes condiciones:

- Que proporcionaran un aporte significativo de información acerca de estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad, rehabilitación en procesos cuando hay amputación o lesiones asociadas a víctimas de MAP y métodos innovadores de rehabilitación en personas con amputaciones.
- Identificaran, sustentaran y describieran las condiciones de la situación de rehabilitación de personas víctimas de MAP en el contexto mundial.
- Propiciaran información o establecieran prácticas acerca de los procesos de rehabilitación llevados a cabo con las víctimas de MAP
- Aportaran a la relevancia de investigar acerca de la temática objeto de estudio.

5.2.1.1.2. Análisis de los datos. Una vez culminada la fase de filtración de documentos, se procedió a elaborar una matriz de clasificación en el programa Excel, versión para Windows 7, en la cual se especificarán las siguientes categorías: título, autor, año de publicación, filiación institucional, palabras clave y *abstracts*. Adicionalmente se incluirán dos categorías de interés para el investigador: campos y palabras clave investigadoras.

Para el análisis de la matriz de clasificación se utilizó el software Vantage Point, el cual es “una herramienta de minería de texto para el descubrimiento de conocimiento en resultados de búsquedas en bases de datos de patentes y literatura. Vantage Point ayuda a entender rápidamente y navegar a través de grandes resultados de la búsqueda, que da una mejor perspectiva a sobre la información” (Vantage Point, 2017), este Software permite la organización de la información mediante el uso de métodos cuantitativos y estadísticos, representados gráficamente en tablas, adunas y nubes de palabras, que evidenciaron las tendencias bibliográficas existentes en el grupo de publicaciones científicas seleccionado.

5.2.2. Fase II: Caracterización individual, familiar y social de víctimas de MAP.

Incluye dos sub-fases, la primera referida a una investigación no experimental de tipo descriptivo; la segunda, a una investigación cualitativa de tipo fenomenológico.

Sub-fase 1: investigación descriptiva: estudia fenómenos, que generalmente acontecen en situaciones naturales, no como los que se basan en experimentos. Los estudios descriptivos son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otra naturaleza. De estos estudios se derivan eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificables en una fase posterior (Sandoval, 2013). Para el presente estudio se abordan las variables del fenómeno estudiado que comprenden los factores individuales de las víctimas MAP, tales como: género, edad, lugar de procedencia, accidente o incidente, nivel de escolaridad, ocupación; también el factor familiar que comprende composición, estructura y

dinámica interna cuando uno de sus integrantes adquiere una situación de discapacidad. Desde la variable sociodemográfica los indicadores relacionados con el cargo laboral que desempeñó antes del accidente, competencias laborales, ingresos individuales y familiares, vivienda (tenencia y tipo), barrio, comuna, estrato social según clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), servicio de salud y relaciones con la comunidad a la que pertenece. Se realizará el cuadro de operacionalización de variables e indicadores como base para la construcción de instrumentos.

Los datos recolectados permitieron la definición del perfil individual, familiar y social de la población. Se emplearon técnicas e instrumentos como la observación directa no participante, cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, la información se recolectó por el equipo de investigadores y se procesó, mediante el uso de la herramienta Excel, aplicando estadística descriptiva para cada variable, por medio de la distribución de frecuencias que se representaron en absolutas y relativas. Esta distribución de frecuencia se graficó en histogramas, gráficas circulares y polígonos de frecuencias. También se establecieron las medidas de tendencia central como moda, mediana; medidas de variabilidad, a través del rango, desviación estándar y varianza, finalmente tuvo en cuenta la confiabilidad y validez de los instrumentos y del proceso de investigación.

5.2.2.1. ***Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.*** Como técnica de recolección de información se implementó el cuestionario, el cual es un procedimiento propio de las ciencias sociales para la obtención y registro de datos. Su versatilidad permite utilizarlo como instrumento de investigación y como instrumento, esta técnica puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos, su característica singular radica en que, para registrar la información solicitada a los mismos sujetos, tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, que la entrevista. Al mismo tiempo, permite consultar a una población amplia de una manera rápida.

El propósito de implementar esta técnica de recolección de información en la presente investigación fue obtener de manera sistemática y ordenada, información acerca de la población víctima de MAP y sus familias, con el objetivo de definir los perfiles individuales, familiares y socio demográficos.

5.3.Momento cualitativo

La investigación cualitativa surge de la comprensión de fenómenos particulares, producto de procesos históricos, a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas; es decir, desde las subjetividades.

Para Sandoval (1996) “los acercamientos de tipo cualitativo permiten:

La reivindicación del abordaje de las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico; el estudio de la vida cotidiana como el escenario básico de construcción y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano y, por último, ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas. Por esta vía emerge, entonces, la necesidad de ocuparse de problemas como la libertad, la moralidad y la significación de las acciones humanas, dentro de un proceso de construcción sociocultural e histórica, cuya comprensión es clave para acceder a un conocimiento pertinente y válido de lo humano” (p. 15).

En este sentido, la metodología cualitativa busca la interpretación de las experiencias vividas de las víctimas de MAP; en este caso hace referencia al antes, durante y después del accidente en el cual perdieron un MI; asimismo a los procesos de rehabilitación de esta población. Por tanto, la confrontación permanente de las realidades subjetivas, intersubjetivas y socioculturales que emergen a través de la interacción del investigador con las víctimas, sus

familias, y actores sociales clave en el fenómeno de estudio para la identificación y conformación de redes de apoyo social, y así determinar el diseño de estrategias de rehabilitación integral, teniendo como fundamento las estrategias RBC, según la OMS, consisten en “una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales” (OMS, 2012).

Sub-fase 2: Investigación fenomenológica:

“Tiene como propósito explorar, describir y comprender las experiencias de las personas, respecto a un fenómeno y describir los elementos en común de esas experiencias” (Hernández, 2014), aporta como base del conocimiento la experiencia subjetiva inmediata de los hechos tal como se perciben (Forner et al, 1996). En otras palabras, “es un intento de retornar a los contenidos primordiales de la conciencia, esto es, a los fenómenos que se nos presenta en nuestra propia experiencia antes que les atribuyamos ningún sentido” (Sandín, 2003). Existen cuatro “existenciales” básicos para el análisis antes mencionado: el espacio vivido (espacialidad), el cuerpo vivido (corporeidad), el tiempo vivido (temporalidad) y las relaciones humanas vividas (relacionabilidad o comunalidad) (Van Mannen, 1990. Citado de Sandoval, 2002).

Para la presente investigación se consideraron los cuatro existenciales mediante la aplicación de un elemento naturalista, por cuanto el estudio se sitúa en el lugar natural, en donde ocurrieron los hechos o residen las víctimas con sus familias (Departamento de Santander) se tomaron las relaciones humanas vividas, a partir de las experiencias de las víctimas de MAP, en sus procesos de adaptación en su nueva condición de discapacidad, con sus familias, en su contexto social y laboral.

Asimismo, se aplicó un elemento naturalista, puesto que el estudio se sitúa en el lugar natural donde ocurren los hechos, los datos se recogen en el contexto natural, y se intenta darles sentido

de acuerdo con los significados propios que los sujetos implicados dan a su quehacer, cómo ellos interpretan lo que hacen y cómo lo explican. En consecuencia, el escenario fenomenológico de la investigación es el área rural del Departamento de Santander, toda vez que en las diferentes regiones santandereanas se registran víctimas de MAP. Según el informe por departamentos publicado por el Observatorio de Minas, desde 1990 hasta el 1 de mayo de 2009 la región del Magdalena Medio santandereano presentaba los más altos índices de víctimas por MAP. En los municipios de Sabana de Torres, Puerto Wilches, Barrancabermeja, Puerto Parra, Cimitarra, San Vicente de Chucurí y El Carmen, el Observatorio de Minas registró un total de 314 casos desde 1990 hasta el 1 de mayo de 2009 en esta zona. La provincia de García Rovira, ubicada al oriente del departamento, ha sido región importante para grupos guerrilleros Ejército de Liberación Nacional (ELN) y paramilitares, pues conformaban corredores, que permitían unir el centro del país con el nororiente. El escenario fenomenológico ideal para realizar esta investigación cualitativa permite tener una relación directa con los actores clave (participantes) y la recolección de la información según los intereses investigativos; aspectos comunes y subjetivos asociados al diario vivir de los sujetos relacionados con el fenómeno de estudio.

5.3.1.1. *Fases de la Fenomenología.*

Fase descriptiva: relacionada con establecer una descripción del fenómeno de estudio a partir del diseño y aplicación de la técnica de recolección de datos de observación directa o participativa y entrevista a profundidad, que refleje las vivencias de las víctimas de MAP, en el proceso de adaptación a su nueva condición de discapacidad, desde los aspectos psicosociales. La aplicación de instrumentos permitió identificar elementos para realizar la caracterización de los perfiles socio familiares de los participantes. Desde de la recolección de la información se identificaron categorías de análisis, que contribuyeron al diseño de estrategias de rehabilitación integral a víctimas de MAP, fundamentado en la metodología RBC. De

acuerdo con los “existenciales” fenomenológicos, las preguntas orientadoras del proceso fueron:

Espacialidad:

¿Cuál era la percepción de las víctimas en el territorio en el que ocurrió el accidente?, ¿Qué significado tiene el territorio donde ocurrió el accidente para la víctima de MAP y su familia?

¿Cuál es la experiencia vivida y sentida en el espacio o territorio en el cual se desenvuelve actualmente?

Corporeidad:

¿Cómo percibe la víctima de MAP su cuerpo, desde la pérdida del Miembro Inferior?, ¿Qué significado tiene para la víctima de MAP y su familia la nueva corporeidad?,

Temporalidad:

¿Cuáles son las experiencias sentidas y vividas, antes, durante y después de la amputación del Miembro Inferior?, ¿De qué manera percibe la víctima y su familia la realidad actual desde el momento de la amputación del Miembro Inferior?

Relaciones humanas:

¿Cuál es el sentido y significado de las relaciones consigo mismo, con su familia, con sus grupos de pares y con la comunidad?

5.3.2. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos. Para la recolección de la información en esta sub – fase metodológica, se utilizó la técnica de la *entrevista a profundidad*, la cual reconoce la comunicación directa con los participantes, como una forma profunda de analizar las experiencias y el sentido que las víctimas de MAP, construyen frente a la adaptación a su nueva situación de discapacidad.

Entrevista individual en profundidad: su empleo implica la realización de varias sesiones con la misma persona, empieza con una primera entrevista de carácter abierto, la cual parte de

una pregunta generadora, amplia, que busca no sesgar un primer relato, que será el que servirá de base para la profundización ulterior. Se considera, en tal sentido, que la propia estructura, con que la persona entrevistada presenta su relato, es portadora en ella misma de ciertos significados que no deben alterarse (Martínez, 2004).

La entrevista guiada le permite al investigador observar los movimientos y gestos del interlocutor, aclarar términos, descubrir ambigüedades, definir problemáticas, exteriorizar supuestos e intenciones; recordar acontecimientos pasados, motivar al interlocutor, también “es posible decidir la amplitud o estrechez con que debe plantearse el problema, si una pregunta debe estructurarse en su totalidad o dejarse abierta, y hasta qué punto resulta conveniente insinuar una respuesta” (Martínez, 2004).

Para el caso del presente estudio, el desarrollo de las entrevistas se dio a partir de un diálogo con las víctimas de MAP, con el propósito de conocer desde sus experiencias vividas y sentidas, elementos relevantes en el diseño de las estrategias de rehabilitación integral fundamentadas en la RBC.

El instrumento que se utilizó fue el guion de preguntas, que tienen relación directa con los propósitos específicos. Según Hidalgo (2005), el guion puede tener una estructura básica de preguntas que será enriquecida en la medida que se desee profundizar determinados aspectos. Es así, como se define la estructura de una *entrevista semi-estructurada* para describir diversas características de las respuestas, estableciendo relaciones entre los temas que se llevan a discusión, con la finalidad de recolectar información de manera directa, concreta y espontánea para posteriormente proseguir con la interpretación.

Entrevista semi-estructurada: esta técnica de recolección de información permite identificar y analizar las variables obtenidas de las revelaciones de las necesidades expresadas por los entrevistados. La metodología que se implementa para su desarrollo *se basa en una guía de asuntos o preguntas, el entrevistador* tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para

precisar conceptos u obtener más información sobre temas deseados (Hernández *et al*, 2003). Para el presente estudio con esta técnica conocieron aspectos relevantes de la población víctima de MAP y sus familias, los significados que tienen para ellos el territorio en el que ocurrió el accidente, la percepción y significado de su cuerpo desde la pérdida de su MI, las experiencias vividas y sentidas antes, durante y después de la amputación del miembro.

Observación participante: esta técnica es utilizada para realizar análisis del contexto, a través de la sistematización de los sentidos, para la presente investigación el propósito de implementar esta técnica fue la recolección de información, se validó la información obtenida del diálogo con las víctimas de MAP y se identificaron aspectos que no se contemplan en la interacción (Sabino, 1992.). Según Sampieri (2008), en la inmersión inicial se observa y registra lo que el investigador considere relevante, en este registro se anotan las observaciones descriptivas e interpretativas.

Un aspecto para tener en cuenta cuando se implementó esta técnica, fueron los entornos o ambientes a los que pertenecen los participantes, como lo declara Lofland *et al* (2005), existen cinco aspectos relevantes en la práctica observacional: *el ambiente físico*, en el cual se identifica la distribución espacial, sitios con funciones centrales como focos económicos, políticos, religiosos, salud y alimentarios. *Ambiente social y humano*, este se desarrolla a partir del ambiente físico, denotando formas de organización, “características de los grupos, subgrupos, y participantes (edades, orígenes étnicos, niveles socioeconómicos, ocupaciones, género, estado maritales, vestimenta, atuendos)”. *Acciones colectivas e individuales*, aquí se revisa el propósito y la función del individuo en la cotidianidad.

5.4. Proceso de recolección de información

La primera institución con la que se realizó un acercamiento fue el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) seccional Santander, con el cual se socializaron los propósitos de la investigación y se manifestó el interés de obtener información sobre posibles participantes para la investigación. Por motivos de confidencialidad el CICR no compartió información de víctimas de MAP; no obstante, proporcionó el contacto del director de Dirección Contra Minas en Santander. En reunión con el CICR y Dirección Contra Minas, se socializaron los objetivos y propósitos de la investigación; sin embargo, por motivos de principios de confidencialidad, no se obtienen los contactos. Es de resaltar que estas instituciones eran claves en la consecución de la base de datos, por cuanto ya tenían estudios previos de identificación de víctimas de MAP en Santander.

Mediante acercamiento con el Hospital Universitario de Santander (HUS), se obtiene una base de datos amplia la cual contenía nombres de pacientes con amputación de MI por diversas causas, entre ellas accidente por MAP, por tanto, realizó un filtro de los posibles participantes de la investigación que cumplieran con los criterios de inclusión. De esta manera se procedió a hacer el primer acercamiento telefónico, en donde sólo se identificó un actor clave, debido a que la base de datos presentaba desactualizaciones en cuanto a contactos telefónicos, es de resaltar que dicho actor era el representante de ASONUBI⁸, la cual es una institución que representa a las víctimas de MAP en Santander, mediante comunicación telefónica, se tiene acceso a la base de datos de la institución en mención.

Se procedió a realizar depuración de las víctimas de MAP que residían en el Departamento de Santander, por cuanto algunas personas se habían desplazado de su territorio hacia otros

⁸ASONUBI, es una organización que han creado las víctimas de MAP en el Departamento de Santander, con el propósito de generar redes de apoyo entre los participantes y mantener comunicación constante de procesos que se desarrollen en lo referente a obtención de elementos medico protésicos.

departamentos del país. Inicialmente se realiza contacto con un potencial participante que remite a otros, los cuales se exponen a continuación.

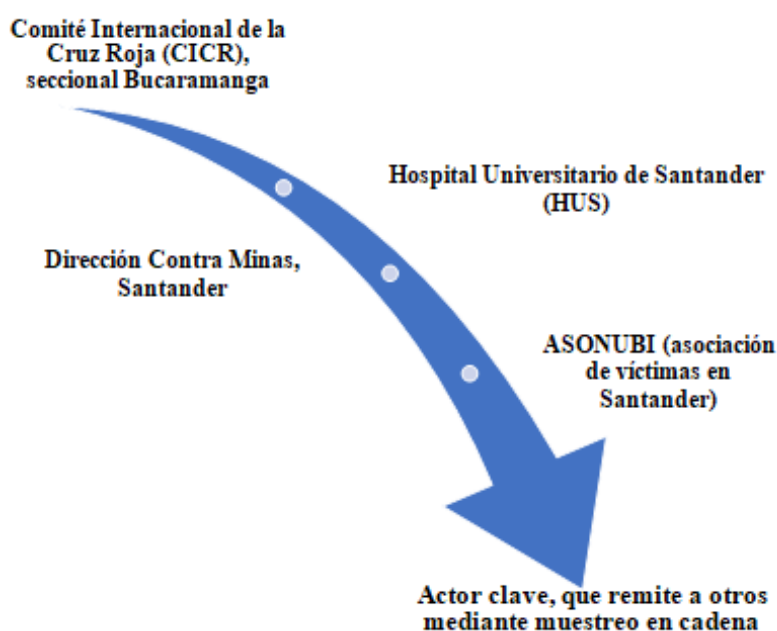


Figura 5. Proceso de contacto e identificación de actores clave

Desplazamiento de la investigadora a los municipios de Santander en donde se identificaron los posibles participantes de la investigación, para la aplicación de instrumentos.

En total se realizaron 45 llamadas telefónicas para obtener el contacto de un actor clave, la convocatoria se efectuó por contacto telefónico de las redes de compañeros y representantes de las víctimas, que fueron proporcionados a medida que se desarrollaba el diálogo. Las entrevistas fueron realizadas en los domicilios de los participantes, los cuales viven en diferentes municipios del departamento de Santander.

La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en las viviendas de cada uno de los participantes, a excepción de una persona a la que se le aplicaron los instrumentos en el parque central del municipio de residencia. Se presentó el espacio para hacer preguntas alternas a las que se tenían planteadas, de acuerdo con la apertura del diálogo que ofrecieron algunos de los

sobrevivientes. Se encontró saturación de información a la séptima entrevista en algunas categorías centrales, por cuanto a los existenciales básicos de la fenomenología que se pretende abordar en la fase metodológica cualitativa, se aprecia que cada experiencia es subjetiva, así como el modo de afrontarla dependiendo de las redes de apoyo que han contribuido en el desarrollo del proceso de rehabilitación de manera particular.

Los municipios a los que se desplazó la investigadora para recolectar la información a través de la aplicación de instrumentos cualitativos y cuantitativos fueron:

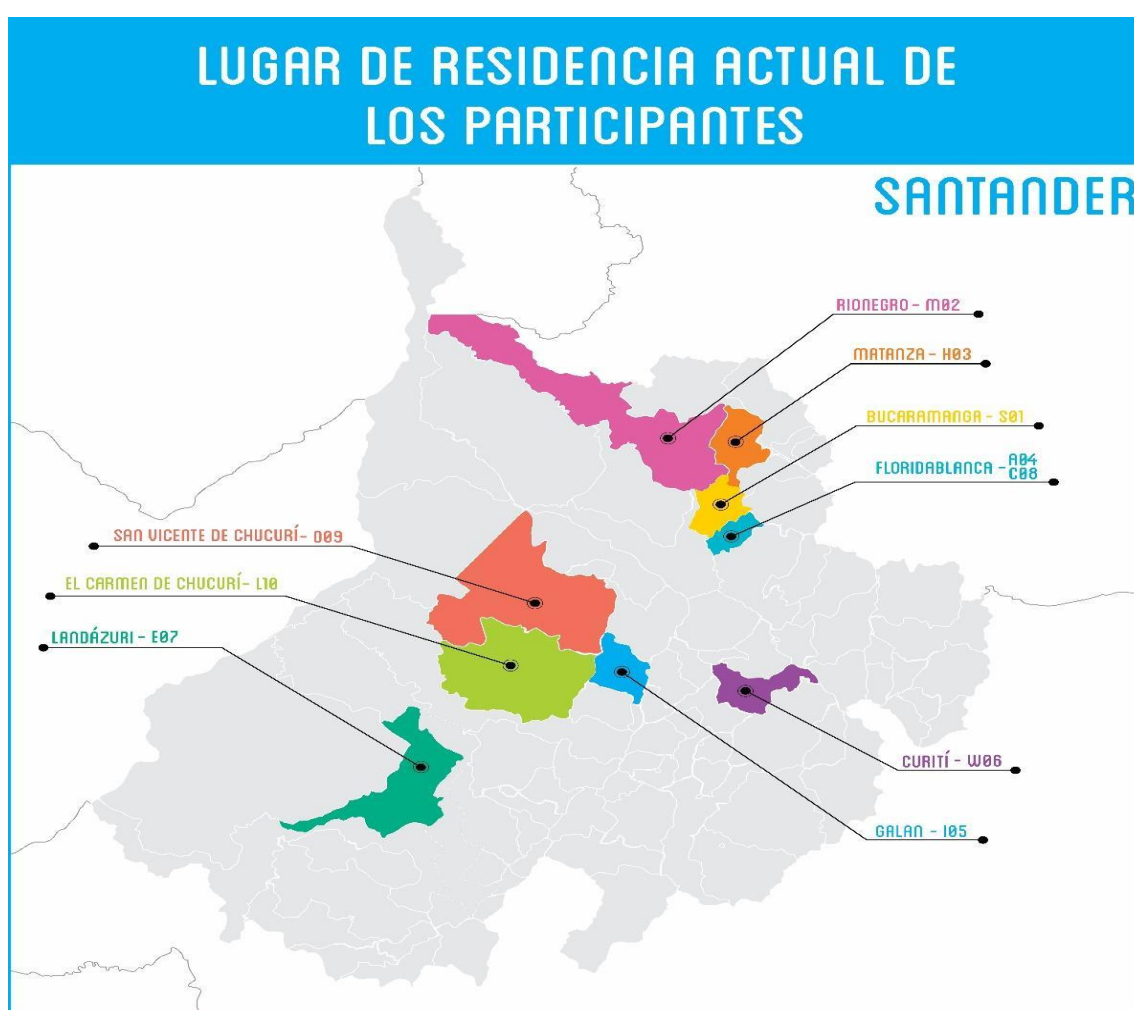


Figura 6. Lugar de residencia de los participantes de la investigación

5.4.1. Muestra. Las personas que participaron de las entrevistas son víctimas de MAP que residen en el departamento de Santander, en edades entre los 18 y 67 años, que sufrieron

el accidente en diferentes municipios de Colombia, pero que, por diferentes razones en las que se ahondará en el apartado de análisis y codificación de información, han tenido que desplazarse de los territorios donde ocurrió el accidente.

Para elegir a los sujetos de estudio, se definió un tipo de discapacidad específica producto del accidente con MAP, la cual es amputación de MI, por cuanto esta investigación se encuentra anidada en el proyecto raíz, de Colciencias el cual se titula: “modelo de Innovación Social orientado a víctimas de Minas Antipersonal (MAP) con amputación de miembro inferior, integrando la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y el modelo de servicio fundamentado en tecnologías virtuales para el desarrollo de sockets”, el cual se encuentra registrado en la Vicerrectoría de Investigación y Extensión de la Universidad Industrial de Santander con código interno 8583.

El tipo de pérdida de miembro se definió a partir del elemento médico protésico que se pretende proporcionar a los participantes, por cuanto desde el proyecto raíz se implementará una técnica innovadora en la elaboración del socket, el anterior fue el criterio de inclusión para que los participantes hicieran parte de la investigación. En total participaron 10 víctimas de MAP.

Tipo de Amputación	Edad	Lugar de Nacimiento	Origen
Transtibial pierna derecha	32	Lebrija	Urbano
Transtibial pierna derecha	57	Rionegro	Rural

Transtibial pierna derecha	42	Cúcuta	Rural
Transfemoral pierna derecha	42	Matanza	Rural
Transtibial pierna derecha	34	Galán	Rural
Transfemoral pierna derecha	33	Curití	Rural
Transtibial pierna derecha	36	Landázuri	Rural
Transtibial pierna derecha	67	Meta	Rural
Transfemoral pierna izquierda	65	Carmen de Chucurí	Rural
Transtibial pierna izquierda	54	Carmen de Chucurí	Rural

Figura 7. Tipo de amputación, edad actual, lugar de nacimiento, origen.

Para garantizar la confidencialidad en esta fase del proceso, cada uno de los participantes fue identificado a través de un código compuesto por la inicial de su nombre, seguido del número 0 (cero) y un número del 1 al 10; teniendo así S01, M02, H03, A04, I05, W06, E07, C08, O09, L10.

5.4.2. Categorización. Para analizar e interpretar la información se utilizó la categorización, en la cual se realizó el proceso de codificación en función del análisis de la información. Este proceso permitió la elaboración y distinción de unidades temáticas a partir de los que se recoge y organiza la información (transcripción de entrevistas) desde un estudio inductivo; es decir, desde lo particular a lo general, en el cual se construyen las categorías emergentes que permiten hacer interpretaciones. Asimismo, este método integra todos los incidentes sociales observados al momento de generar las categorías, relacionando y comparando constantemente los eventos pasados con los recién observados, y al mismo tiempo con las categorías en construcción.

La extracción de información y la categorización se hizo mediante el software para investigación cualitativa *Nvivo*®, el cual es empleado por muchos investigadores cualitativos que están interesados en evaluar, interpretar y explicar fenómenos sociales. La Universidad Nacional de Colombia (2014) lo define:

“El software *Nvivo*® ha sido desarrollado para el trabajo de datos cualitativos o el conjunto de datos no estructurados y métodos mixtos, aumentando la gama de posibilidades de integración de datos, para su análisis permitiendo recopilar, organizar y trabajar en un mismo proyecto con entrevistas, grupos de discusión, encuestas, medios de comunicación social o páginas web, además de otorgar el plus de poder compartir de manera práctica los análisis y conclusiones de su trabajo”
(p. 6).

Este software permitió el análisis de los datos no estructurados o semi-estructurados de la entrevista aplicada a los participantes del estudio. Los resultados corroboran la pertinencia de la investigación en cuanto a las categorías predeterminadas contenidas en los objetivos del proyecto y la información de la revisión documental, por cuanto surgen aspectos relacionados con los procesos de rehabilitación, la falta de articulación entre los diferentes componentes

(psicosocial, terapéutico y técnico), la inexistencia de atención psicosocial a las víctimas de MAP, duelos no superados, inadaptación a los elementos médico protésicos, falta de integración laboral, bajos niveles de escolaridad.

La comparación entre unidades de significado permite agruparlas de acuerdo con la similitud entre ellas, estableciendo categorías que aseguran que el proceso sea inductivo. Las construcciones de estas categorías se relacionaron con el foco de investigación y la estructura del fenómeno como parte de un diseño de investigación emergente. Asimismo, la síntesis de la información corresponde al análisis de la información codificada en cada uno de los nodos creados en el software de análisis cualitativo Nvivo®, el cual permitió exportar informes por cada nodo, que contienen de manera resumida los fragmentos de contenido correspondientes a cada una de las temáticas definidas desde los testimonios de los participantes.

5.4.3. Triangulación. El proceso de triangulación de datos se implementó para garantizar la confiabilidad entre los resultados de la investigación. Para este procedimiento se toma en cuenta los datos brindados por los participantes clave en las entrevistas a profundidad (los testimonios respecto a las categorías emergentes), la observación del investigador, la cual incorpora varios aspectos propios para recoger la información desde el lugar de estudio, y los conceptos teóricos que permiten la utilización de un esquema teórico, para el establecimiento de la base teórica de la propuesta. Después, se somete a un diseño emergente propio de la dinámica del investigador, el cual plantea en el marco metodológico, como consecuencia de los datos recolectados.

5.4.4. Observación Participante. Considerada la técnica más antigua dentro la investigación cualitativa, para la recolección de datos, referidos a la identificación y reconocimiento de la realidad en el contexto natural de los sujetos de estudio, la observación

participante busca describir e interpretar el escenario donde detonan las rutinas organizadas de los comportamientos y las actividades de la sociedad, teniendo en cuenta la no interrupción de juicios otorgados por el investigador. Los autores Dewalt y Dewalt (2002) acotan al respecto, lo siguiente:

"la meta para el diseño de la investigación usando la observación participante como un método, es desarrollar una comprensión holística de los fenómenos en estudio que sea tan subjetiva y precisa como sea posible, teniendo en cuenta las limitaciones del método" (p.92).

En cuanto a la comprensión holística, ésta técnica capta la visión sistémica de la naturaleza social en la que se relaciona el individuo, reconociendo y conectando elementos entre fenómenos que sugieren cuestionamientos del investigador, con el fin de establecer un acercamiento más preciso referente a los juicios de valores de los sujetos de estudio. También, los objetivos de la técnica de acuerdo con Malinowski incluido en *Argonautas del Pacífico Occidental* (1961) deben enfocarse en conocer la visión de la cultura de los sujetos estudiados, a través de compartir la cotidianidad de su vida, sus intereses, sus expectativas, sus actividades diarias y festivas. Esto permite que la inclusión del investigador en la vida cotidiana de la sociedad tenga un aprendizaje detallado de la forma más natural de ver la realidad del fenómeno en estudio.

Es necesario entonces, dejar claro que la forma en que se construyen categorías y definiciones se basa en datos empíricos (afirmaciones, significados y acciones), a partir de los cuales el investigador, analiza, comprende, interpreta y construye conocimientos. De esta manera, la observación participante debe partir de interrogantes tales como: a quién observó, qué observo, dónde voy a observar, temporalidad de la observación, y, cómo y por qué son significativos en la observación que apunten al foco de la investigación; es decir, hacer énfasis

en los detalles para facilitar la interpretación adecuada de los hechos observados. Este proceso provee al método fenomenológico la recolección de información pertinente para reflexionar e interpretar sobre las situaciones que ocupan el presente estudio, sin perder de vista el contexto donde ocurren.

RESULTADOS



6. Resultados

6.1.Momento cuantitativo

Estado de conocimiento en torno a la Rehabilitación integral de víctimas de Minas Antipersonal (MAP), a partir de los hallazgos del Análisis Bibliométrico.

El desarrollo del presente análisis se estructuró en siete fases, como lo señala la Figura 9, los cuales se ingresaron en la base de datos *Scopus* con la finalidad de explorar la información existente referente al tema de estudio.

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA FUENTES DE INFORMACIÓN	
IDIOMA	Español-inglés
VENTANA DE TIEMPO	2000-2017
TÉRMINOS	Victims, Survivor, Landmines, Antipersonnel mine, Unexploded ordnances, Rehabilitation, CBR, Rehabilitation in community, community, social support, Amputation, artificial limb

	Injury, effects, strategies, process, Therapy
TIPO DE DOCUMENTO	Artículo, artículos de conferencia, journals
BASES DE DATOS	Scopus
CAMPOS DE BÚSQUEDA	Title, Abstract, keywords
ÁREAS DE CONOCIMIENTO	Salud, Profesionales de la Salud, Psicología, artes y Ciencias Sociales y Humanas
CRITERIOS DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Año de publicación - Publicaciones que no tengan como tema central el sujeto-objeto de investigación - Área de estudio - Solo se usarán artículos español-inglés

Figura 8. Protocolo de búsqueda de fuentes de información

Elaboración de la ecuación de búsqueda: se procedió con la formulación estructurada y organizada de las expresiones o términos con la finalidad de diseñar la ecuación de búsqueda, tales expresiones se introdujeron en la base de datos Scopus, seleccionada debido a su reconocimiento como la base de datos con mayor número de referencias bibliográficas de literatura científica y multidisciplinar (ELSEVIER, 2017), además contó con filtros de búsqueda y herramientas que posibilitaron acceder a información como: perfil de autor, perfil de institución, rastreador de citas, índice H y analizador de revistas científicas, así mismo se aplicaron los criterios expuestos en la Figura 9.

PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DE LA ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	
Idioma	Español- inglés
Periodo de tiempo	2000-2017
Bases de datos	Scopus
Campo de búsqueda	Title, Abstract, keywords
Individuales	Victims, Survivor, Landmines, Antipersonnel mine, Unexploded ordnances, Rehabilitation, CBR, Rehabilitation in community, community, social support, Amputation, artificial limb, Injury, effects,

	strategies, process, Therapy, support network
Combinaciones	N° de artículos
"Victims" OR "Survivors" AND "Landmines" OR "Antipersonnel mine" AND "Rehabilitation" OR "CBR" OR "Rehabilitation in community"	21
"War" AND "Amputation" OR "Injury" AND "Landmines" OR "Antipersonnel mine" OR "Unexploded ordnances" AND "Rehabilitation" OR "effects"	39
"War" AND "Amputation" AND "Rehabilitation" AND "Social support" OR "community"	11
"Amputation" OR "injury" OR "artificial limb" AND	

“rehabilitation” AND “strategies” OR “process” AND “community”	580
"war" OR "landmine" OR “Explosives” OR “Unexploded ordnances” AND “Amputation” OR “artificial limb” OR “injury” AND “rehabilitation” OR "Therapy" AND "community" OR " support network"	103
"Rehabilitation” AND “CBR” AND “Amputation” OR “Artificial limbs"	4
TOTAL, DE ARTICULOS	758

Figura 9. Proceso para la elaboración de la ecuación de búsqueda.

La ecuación general de búsqueda se construyó como resultado de la combinación de las diferentes expresiones de búsqueda mencionadas y los operadores booleanos “AND” y “OR”

(Figura 10), en el cual “AND” cumplió la función de localizar artículos que tuviesen todos los términos de búsqueda especificados y “OR” de localizar registros que contengan un término o sinónimos de este (Dodge, 2009).

("WAR" OR "LANDMINE" OR "EXPLOSIVES" OR "UNEXPLODED ORDNANCES" AND "AMPUTATION" OR "ARTIFICIAL LIMB" OR "INJURY" AND "REHABILITATION" OR "THERAPY" AND "COMMUNITY" OR " SUPPORT NETWORK") OR ("VICTIMS" OR "SURVIVORS" AND "LANDMINES" OR "ANTIPERSONNEL MINE" AND "REHABILITATION" OR "CBR" OR "REHABILITATION IN COMMUNITY") OR ("WAR" AND "AMPUTATION" OR "INJURY" AND "LANDMINES" OR "ANTIPERSONNEL MINE" OR "UNEXPLODED ORDNANCES" AND "REHABILITATION" OR "EFFECTS") OR ("WAR" AND "AMPUTATION" AND "REHABILITATION" AND "SOCIAL SUPPORT" OR "COMMUNITY") OR ("REHABILITATION" AND "CBR" AND "AMPUTATION" OR "ARTIFICIAL LIMBS")

Figura 10. Ecuación de búsqueda

Como resultado de la ecuación de búsqueda mencionada, se obtuvo un total de 754 artículos, correspondientes a diferentes áreas de estudio, fecha de publicación, y país. De aquí que fuera imprescindible efectuar un proceso de filtración de los datos con base en los criterios de inclusión y exclusión, teniendo en cuenta su relevancia para el tema de estudio.

Ejecución de la revisión: consistió en la identificación, selección y evaluación de artículos obtenidos al introducir la ecuación de búsqueda en la base de datos Scopus, los cuales se seleccionaron de acuerdo con su pertinencia en la temática de estudio, luego se procedió con la extracción y síntesis de los datos de los artículos que conformaron los referentes investigativos.

Identificación de estudios: se orientó desde la estrategia de búsqueda, efectuada a través de la aplicación de criterios de búsqueda y palabras claves utilizadas en la construcción de la ecuación de búsqueda.

Selección de estudios: los artículos seleccionados, fueron escogidos en primera instancia teniendo en cuenta lo siguientes características: año de publicación, título, resumen, y palabras clave, obteniéndose como resultado 758 artículos, a los cuales posteriormente se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y criterios de calidad.

En un principio se aplicaron los criterios de inclusión a los documentos tipo artículos, artículos de conferencia, artículos de libros y *journals*, lo cual arrojó 527 documentos; asimismo se aplicó como segundo criterio de inclusión la fecha de publicación y ventana de tiempo, comprendida entre los años 2000- 2017. De esto se obtuvieron 424 artículos; posteriormente se aplicaron los criterios de exclusión, descartando los documentos no pertenecientes a las áreas de la Salud, Psicología, Artes o Ciencias Sociales o Humanas, reduciendo el número de artículos a 404. Finalmente, el criterio de exclusión, en el cual se excluyen los artículos escritos en idiomas diferentes al español – inglés para un total de (391) artículos, los cuales fueron objeto de una revisión minuciosa a partir de la revisión y lectura sistemática de *abstract*, una vez terminado dicho proceso el número total de artículos seleccionados fue de 54.

<p>Criterios de inclusión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentos publicados en la plataforma de SCOPUS. 2. Artículos de conferencia, artículos de libros y <i>journals</i>. 3. Artículos encontrados en el intervalo de tiempo comprendido entre el 2000 y 2017. 4. Pertenecientes a áreas de la salud, Psicología y Artes o Ciencias Sociales o Humanas. 5. Artículos en inglés y español.
<p>Criterios de exclusión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentos que no estuvieran relacionados con el tema de investigación. 2. Documentos tales como: editorial, corrección, resumen, carta o noticias. 3. Documentos que no se encontraron dentro del intervalo de tiempo comprendido entre los años 2005 -2015. 4. Los que no pertenecen a las Ciencias Sociales y Humanas. 5. Artículos que no están escritos en inglés o español

Figura 11. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de calidad: para la evaluación de los criterios de calidad de los artículos, se especificó que cumplieran con las siguientes condiciones:

- Que proporcionen un aporte significativo de información acerca de estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad, rehabilitación en procesos cuando hay amputación o lesiones asociadas a víctimas de MAP y métodos innovadores de rehabilitación en personas con amputaciones.
- Identifiquen, sustenten y describan las condiciones de la situación de rehabilitación de personas víctimas de MAP en el contexto mundial.
- Propicien información o establezcan prácticas acerca de los procesos de rehabilitación llevados a cabo con las víctimas de MAP o MUSE
- Aporten a la relevancia de investigar acerca del tema de estudio.

Criterios de Inclusión		Nº. Artículos
Resultados a partir de la ecuación de búsqueda		758
Ventana de Tiempo	2000-2017	424
Tipo de Documento	Artículos, artículos de conferencia y journals	527
Tema	Salud, Psicología, artes y Ciencias Sociales y Humanas	404
Idioma	Español- Inglés	391
Lectura minuciosa		54
Total Artículos		54

Figura 12. Criterios de inclusión, exclusión y calidad

Una vez se aplicaron los anteriores criterios de inclusión, exclusión y calidad, se seleccionaron los artículos más relevantes para la investigación, este proceso de filtración se esboza en la figura 13.

Evaluación de calidad: la lectura de los *abstracts* configuró un momento significativo en la evaluación de los criterios de calidad, a partir de la cual se definieron 54 artículos constituyentes en la población documental, base para el estudio de investigación, este proceso de selección se aprecia en la Figura 13.



Figura 13. Proceso de filtración

Análisis de los datos: una vez filtrados los documentos, se procedió a elaborar una matriz de clasificación en el programa Excel, versión para Windows 7, en la cual se especificaron las siguientes categorías: título, autor, año de publicación, filiación institucional, palabras clave y *abstracts*. Adicionalmente se incluyeron dos categorías de interés para la investigadora: campos y palabras clave investigadoras, dichas categorías se consideraron pertinentes, pues al efectuar la revisión de los *abstracts*, se encontró que los artículos planteaban diferentes temáticas en relación con la rehabilitación de víctimas de MAP; a su vez la categoría *Matriz*

OMS se creó con la finalidad de contrastar la producción literaria respecto al tema de estudio y la orientación de estas prácticas a la salud, educación, subsistencia, social o fortalecimiento.

Posteriormente, la matriz de clasificación se ingresó en el software *Vantage Point*, una “Una potente herramienta de minería de texto para el descubrimiento de conocimiento en resultados de búsquedas en bases de datos de patentes y literatura. *Vantage Point* ayuda a entender rápidamente y navegar a través de grandes resultados de la búsqueda, que da una mejor perspectiva a sobre la información” (*Vantage Point*, 2017), este Software permitió la organización de los datos mediante el uso de métodos cuantitativos y estadísticos, representados gráficamente en tablas, adunas y nubes de palabras, que evidenciaron las tendencias bibliográficas existentes en el grupo de publicaciones científicas seleccionado.

6.2. Resultados de la exploración del conocimiento respecto a la producción científica de rehabilitación de víctimas de minas antipersonal (MAP).

El presente análisis bibliométrico, tiene como objeto identificar la producción de conocimiento científico relacionada con las estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), rehabilitación en procesos de amputación o lesiones asociadas a víctimas de MAP y métodos innovadores de rehabilitación presentes en las áreas de la Salud, Psicología, Artes y Ciencias Sociales y Humanas en la base de datos *Scopus*, razón por la cual se ejecutó como fase metodológica inicial un protocolo de búsqueda especificado con anterioridad, que permitió la medición de tendencias en un periodo de tiempo determinado a través del uso de indicadores de actividad referentes a la producción, circulación, países, instituciones colaboración entre autores, perfil de autor y citación.

De acuerdo con los criterios de inclusión expuestos en la Figura 13, se observa que producto del ingreso de la ecuación general de búsqueda en la base de datos *Scopus*, se obtuvo un total de 758 artículos, al aplicar el primer criterio por tipo de documento se obtuvieron 527 artículos, artículos de conferencia y *journals*; publicados en la ventana de tiempo comprendida entre el año 2000 a 2017, cifra que disminuyó a 404 al filtrar los pertenecientes a las áreas de la Salud, Psicología, Artes y Ciencias Sociales y Humanas; finalmente al aplicar el último criterio: idioma español – inglés se generó un total de 391 artículos. Posteriormente, como resultado de la revisión sistemática de *abstracts*, se halló que, de 391 artículos, sólo 54 son relevantes al tema de estudio, por consiguiente, se evidencia que del total de artículos generados en la base de datos *Scopus* sólo el 7% (Figura 15) hace referencia a estrategias de RBC, rehabilitación en procesos de amputación o lesiones asociadas a víctimas de MAP y métodos innovadores de rehabilitación.

Criterios de inclusión		# Artículos	%
Restaurados a partir de la ecuación de búsqueda		758	100
Tipo de documento	Artículos, artículos de conferencia, y <i>journals</i>	527	69
Ventana de tiempo	2000-2017	424	55
	Salud, profesionales de la salud, Psicología, artes y	404	53

Área	Ciencias sociales y humanas		
Idioma	Español- inglés	391	51
	Lectura minuciosa	54	7.1
Total, de artículos		54	7

Figura 14. Criterios de inclusión

En cuanto a la producción de artículos en la ventana de tiempo comprendida entre los años 2000 a 2017, la figura 15 señala que el número de artículos publicados por año corresponde a: 2000 (3), 2001 (1), 2002 (1), 2003 (1), 2004 (2), 2006 (4), 2007 (1), 2008 (5), 2009 (2), 2010 (4), 2011 (5), 2012 (3), 2013 (4), 2014 (2), 2015 (6), 2016 (8) y 2017 (2); de modo que la mayor producción de artículos respecto al tema de estudio se registra durante los años 2008 (5) artículos, 2015 (6) artículos y 2016 (8) artículos y la menor producción en los años 2001, 2002 y 2003 con (1) artículo respectivamente por año.

Cabe mencionar, que se manifiesta inactividad en la producción de estudios correspondientes a estrategias de RBC, rehabilitación en procesos de amputación o lesiones asociadas a víctimas de MAP y métodos innovadores de rehabilitación, en las áreas de la Salud, Psicología, Artes y Ciencias Sociales y Humanas, durante el año 2005, lo cual permite identificar que la producción científica en el tema de estudio no es constante, sin embargo, se observa un aumento significativo en la producción de estudios a partir del año 2008.

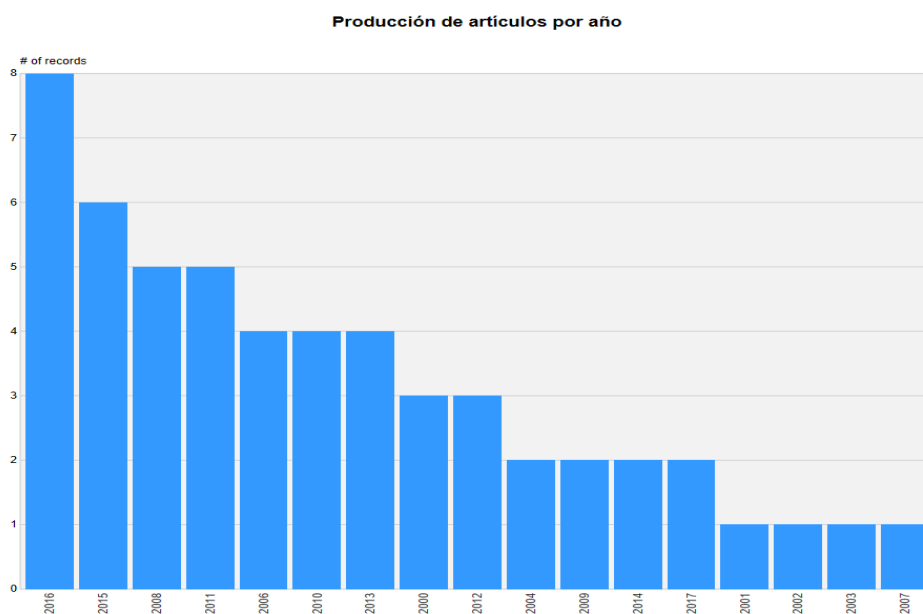


Figura 15. Producción científica por año

Con respecto a la producción de artículos según el país de publicación (Figura 17), Estados Unidos se destaca como país líder en la producción de estudios científicos con 31 artículos del total, los cuales comparte 1 con Canadá, país que a su vez posee 3 artículos y comparte 1 artículo más con Pakistán, seguido de Australia con 3 artículos y 2 en colaboración con Sri Lanka; tocante a Reino Unido publicó 3 artículos y 1 compartido con Pakistán, mientras que Croacia, Irán, Israel, Países bajos y Pakistán publicaron 2 artículos, y Afganistán, Dinamarca, Qatar, Eslovenia y Suecia 1 artículo respectivamente, por cuanto estos últimos constituyen los países con la menor producción de documentos en relación al tema objeto de estudio.

En lo correspondiente a la colaboración entre países, se percibe a Reino Unido, Pakistán, Canadá, Sri Lanka, Australia y Estados Unidos como países que efectúan colaboraciones con otros países, de ahí que cuentan con un número significativo de artículos, mientras que los países que no crean redes de colaboración como Países Bajos, Croacia, Israel, Dinamarca, Eslovenia, Catar, e Irán presentan una menor producción de artículos científicos.

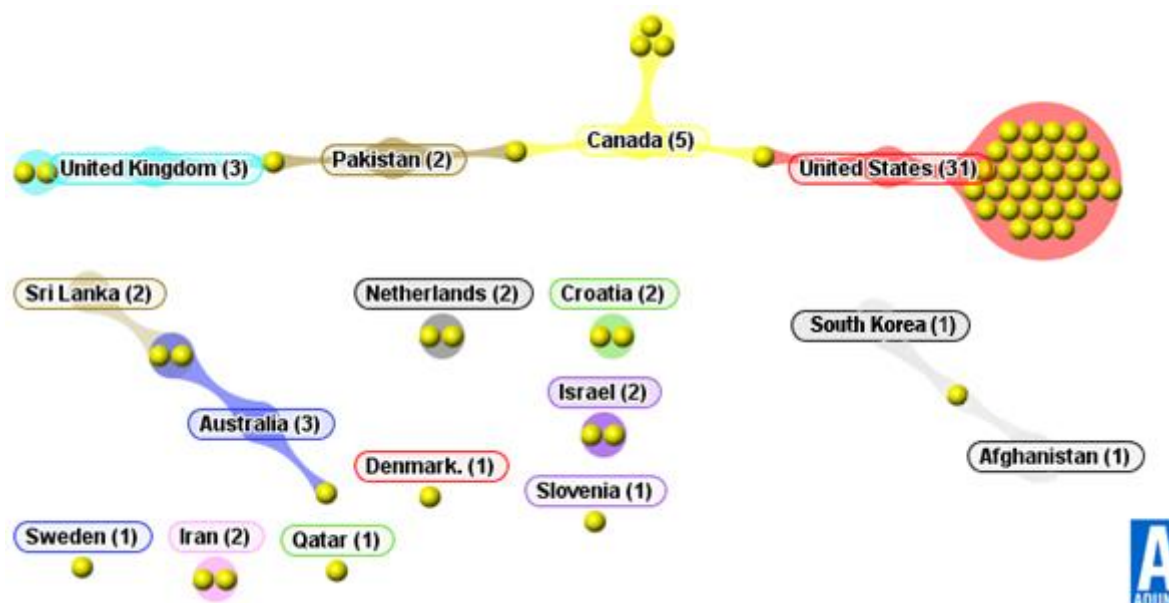


Figura 16. Aduna de producción científica, según país de origen

Sobre la producción de artículos en las áreas de Educación, Subsistencia, Salud, Social y Fortalecimiento (Figura 18), se refleja que un número significativo de artículos de rehabilitación de víctimas de MAP se plantean principalmente desde el campo de la Salud 47 artículos, específicamente en referencia a Salud 17, en relación con Fortalecimiento 11, Social 10, fortalecimiento-social 6, con relación a la subsistencia 2 y educación 1.

Asimismo, se observa que el campo de Fortalecimiento posee 23 artículos, en relación con Salud 11, Salud-Social 10, Social 4 y Subsistencia 1; Social 21 artículos, de los cuales se relacionan con el campo de la Salud 10, Fortalecimiento 10 y educación 1, de esta manera se evidencia que los campos con menor presencia de producción científica son Subsistencia con 3 documentos y Educación 2 artículos.

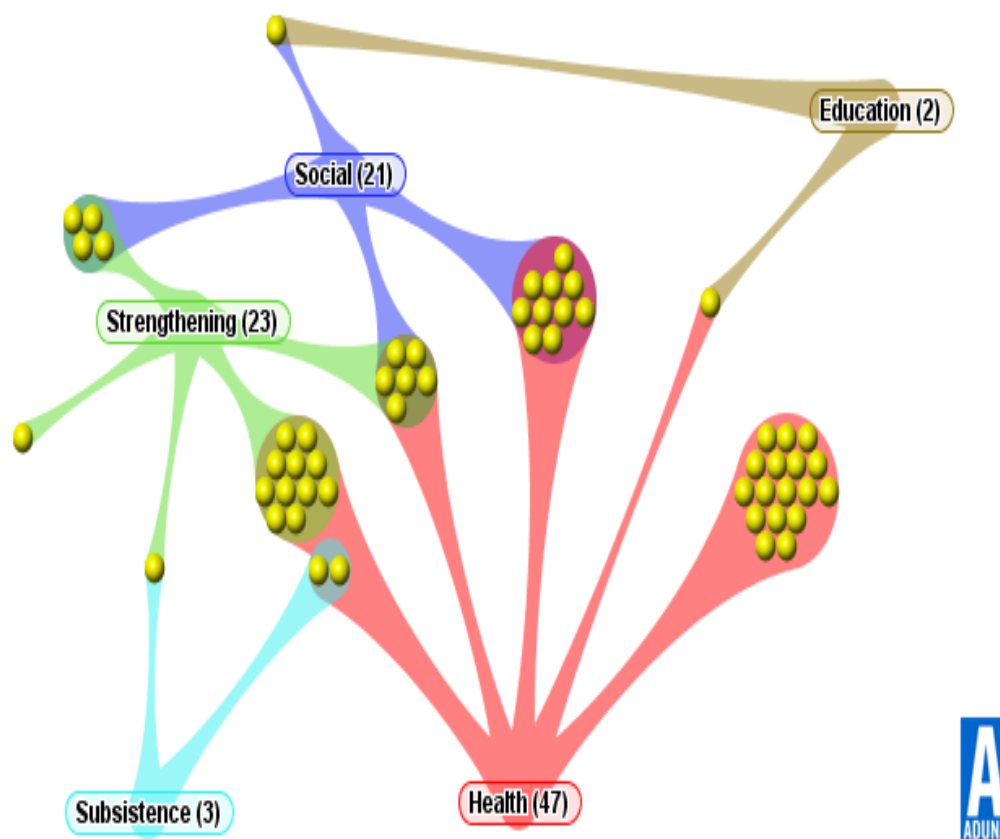


Figura 17. Aduna de producción científica según campo de acción

Por otro lado, la producción científica por campos según país (Figura 19), señala que Estados Unidos es el país con la mayor publicación de artículos en el campo de la Salud 27 artículos, seguido del área Social 13 documentos, Subsistencia 11 publicaciones y Educación 1 artículo, del mismo modo se halló que la producción científica de Canadá, Afganistán, Irán, Israel, Sri Lanka y Pakistán se produce en el campo de Salud y el fortalecimiento, en cambio Dinamarca, Eslovenia, Catar, Corea del Sur y Suecia se enfocan predominantemente en el campo de la Salud.

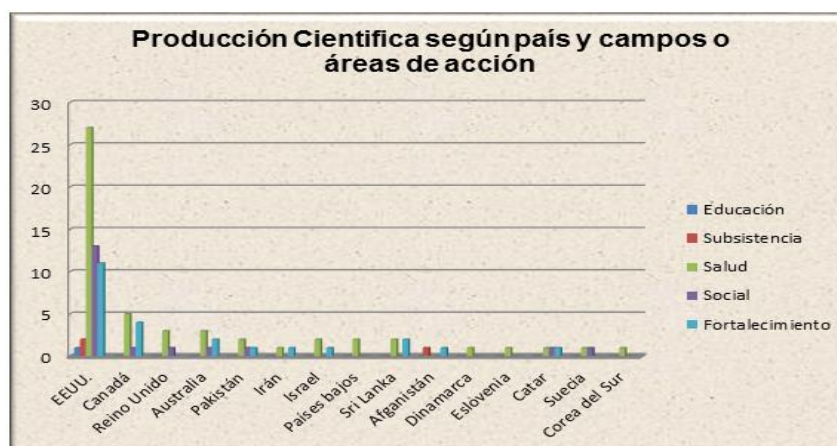


Figura 18. Producción científica según país y campos de acción

Con relación a la filiación institucional por País, esbozada en Figura 20, se observa que Estados Unidos posee el mayor número de instituciones, que publican artículos referentes a estrategias de RBC, rehabilitación en procesos de amputación o lesiones asociadas a víctimas de MAP y métodos innovadores de rehabilitación 46 instituciones (64%) del total, seguido de Canadá con 7 (9.5%), Australia, Pakistán e Irán con 2 (8.1 %), y Sri Lanka, Corea del Sur y países bajos 1 institución (4%).

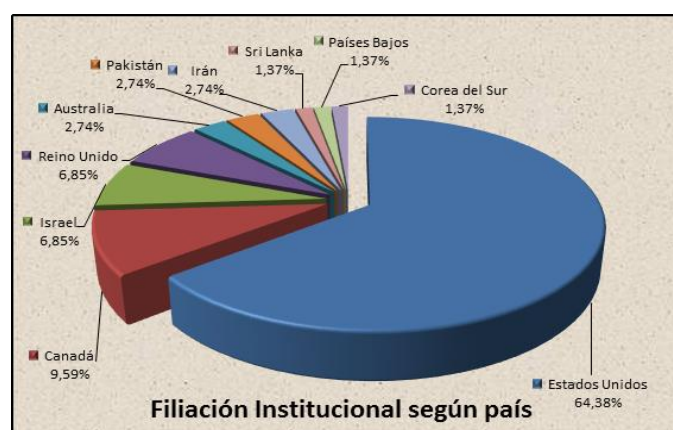


Figura 19. Filiación institucional por país

En lo referente a la colaboración entre instituciones (Figura 21), se observan redes de trabajo existentes entre Instituciones de Educación Superior e Instituciones médicas como: Harvard

Medical School, University of Health science y Naval Medical Center; University of Birmingham y West Park Healthcare Center; Janbazan Medical and Engineering Research Centre, Iran Medical Science School y Tehran University of Medical Science School; University of Oxford, Hospitals NHS Foundation Trust, University of Warwick y University of Nottingham; University of Texas Medical Branch, University of Arkansas for the Medical Science y Arkansas Children Hospital Research Institute; The Aga Khan University y Hospital for Sick Children; South Texas Veterans Health System Combined Military Hospital, University of Peshawar y University of Birmingham; University of Washington y Harborview Medical Center; Brooke Army Medical Center y Walter Reed Army Medical Center.

Cabe destacar, que las instituciones que establecen redes de trabajo con otras organizaciones cuentan con una mayor producción de artículos, como; Walter Reed Army Medical Center 3 artículos, University of Toronto 3, University of the Health Sciences 2, University of Birmingham 2, University of California 2, por el contrario, se observa que las instituciones que no crean redes de trabajo con otras poseen un menor número de publicación de artículos.

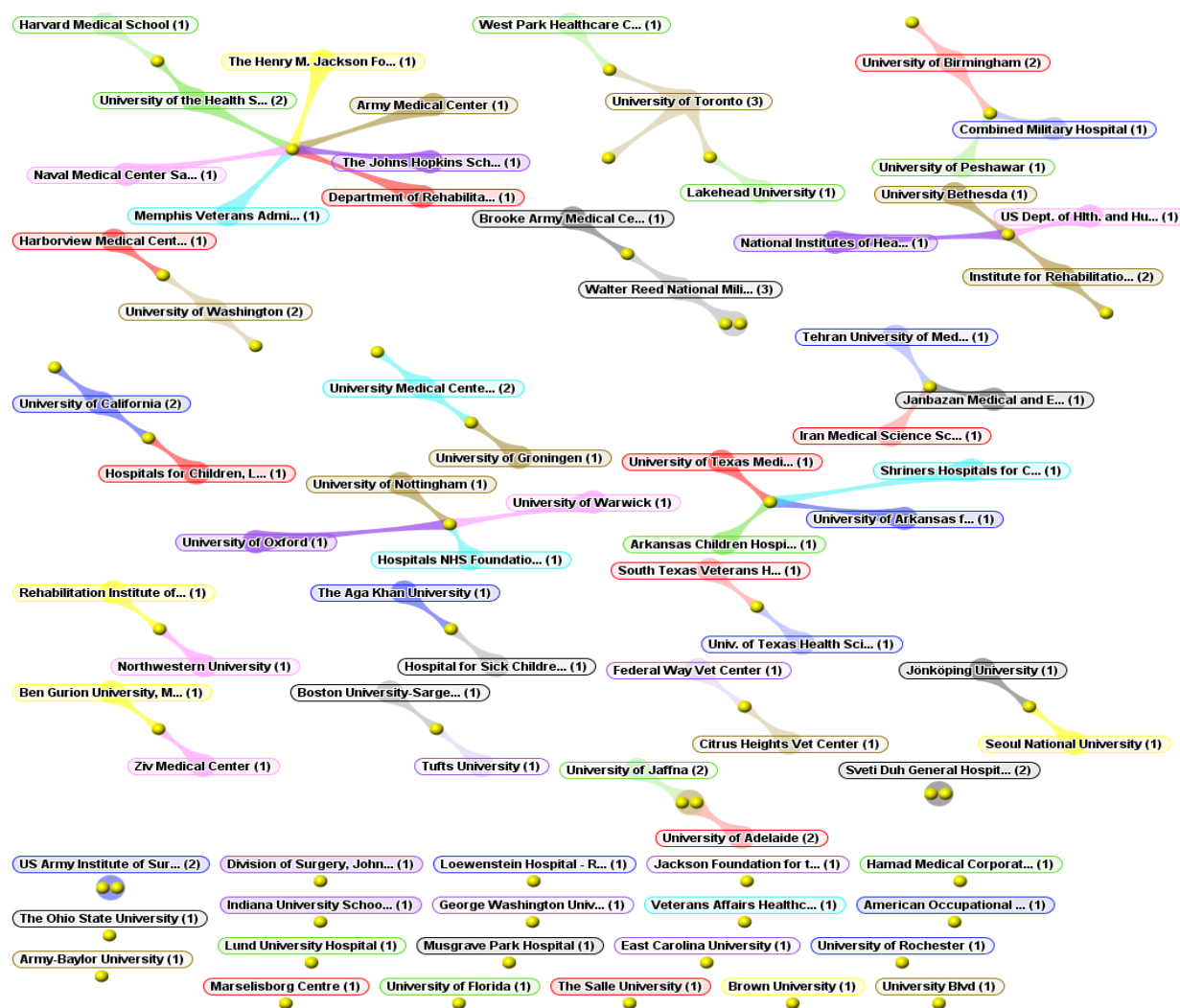


Figura 20. Aduna filiación institucional

Acerca de la producción científica por autor según año de publicación, (Figura 22) la autora con mayor número de publicaciones es Bobinac Georgievski, Ana, con 4 artículos, 2 publicados en el año 2000 y otros 2 en el 2006, seguido de Masoumi Mendi con 2 documentos en 2015 y 2016, Wilken, Rimmer James H. con 2 artículos, 1 en el 2012 y 1 en 2017, Jason M. con 2 artículos en el 2016 y Isaacson Brad M. con 2 publicaciones durante el 2013 y 2016, Somasundaran Daya J. y Siva Yokan Sambasiva Moorthy con 2 artículos en el 2013.



Figura 21. Producción científica según autor y año de publicación

Es relevante destacar, en relación con el perfil de autor, que Bobinac Georgiesvsk, Ana es una autora con filiación institucional en “Hamad Medical Corporation” de Doha, Catar, Medio Oriente; con un total de 14 publicaciones y 16 citaciones, en colaboración con 35 co-autores, entre quienes se destacan Bakran Žarko(1), Essa Mubarak (1), Eldar Reuben, Zafa Z (1) y Farran C. (1); por otra parte también se observan redes de trabajo existentes entre los autores: (Gráfica 6) Masoumi Mehdi, Haghani Hamid, Faterni Mohammad Java ; Issacson Brad M, Wilker Jason M y Bell Elizabeth M. y Somasundaram y Daya J. Sivayokan, Sambasivamoorthy.

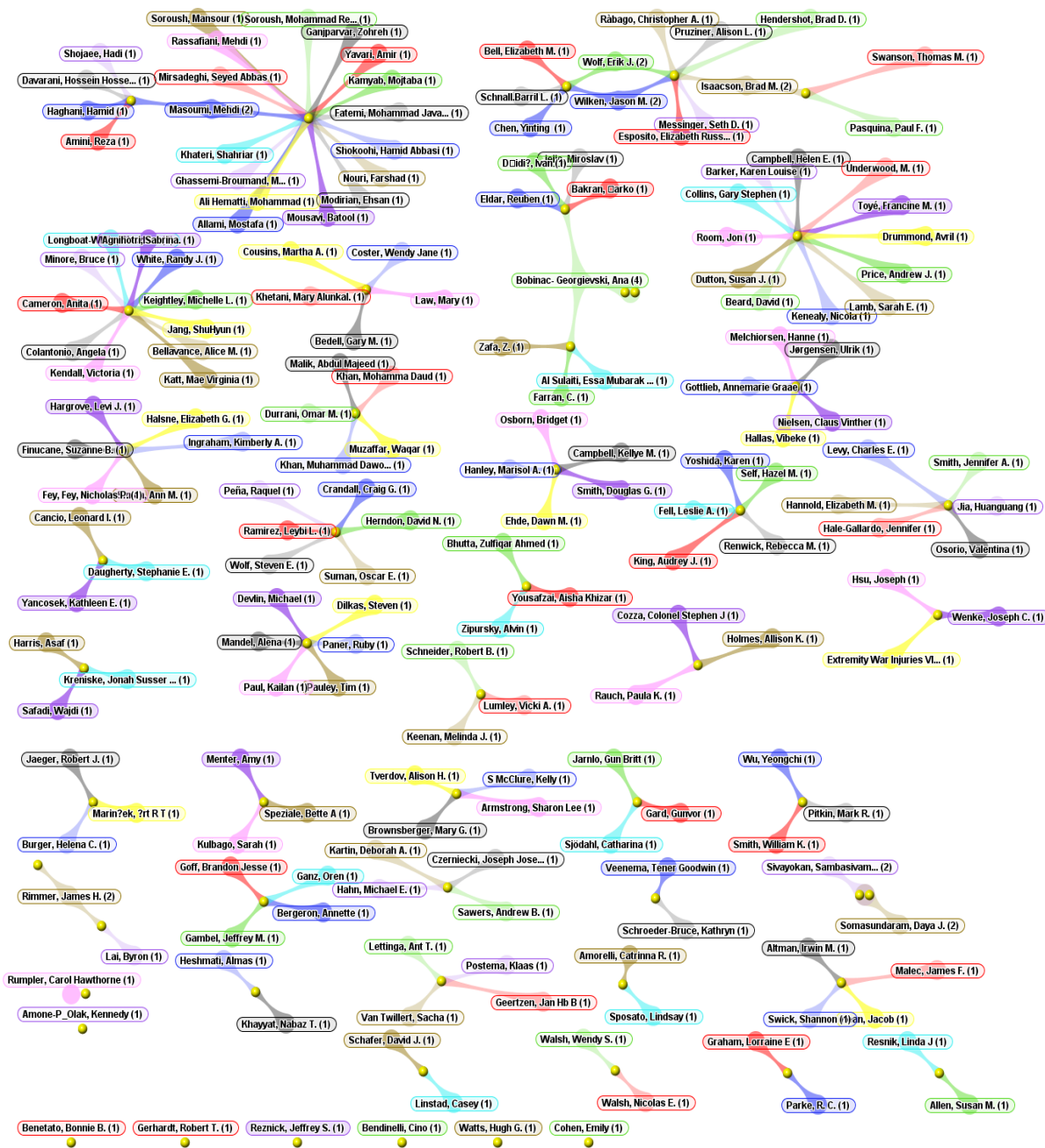


Figura 22. Aduna redes de colaboración entre autores

Por otra parte, las palabras claves (Figura 24), evidencia que la rehabilitación de víctimas de MAP se relaciona a modo general con temáticas como: trauma de guerra (13), artículos que

a su vez se relacionan con explosivos (2), amputación de miembros inferiores (1), pérdida de miembros superiores (2), miembro fantasma (1), servicio militar (3), estrés postraumático (1), terapias físicas (1), prácticas médicas (1) y cuidado personal de la Salud (1), así mismo la segunda temática abordada es la RBC (10) artículos con relación a otras temáticas como estrés postraumático (2), Pérdida de extremidades inferiores (1), postconflicto (3), cuidados personales en salud (2) y educación en salud (2).

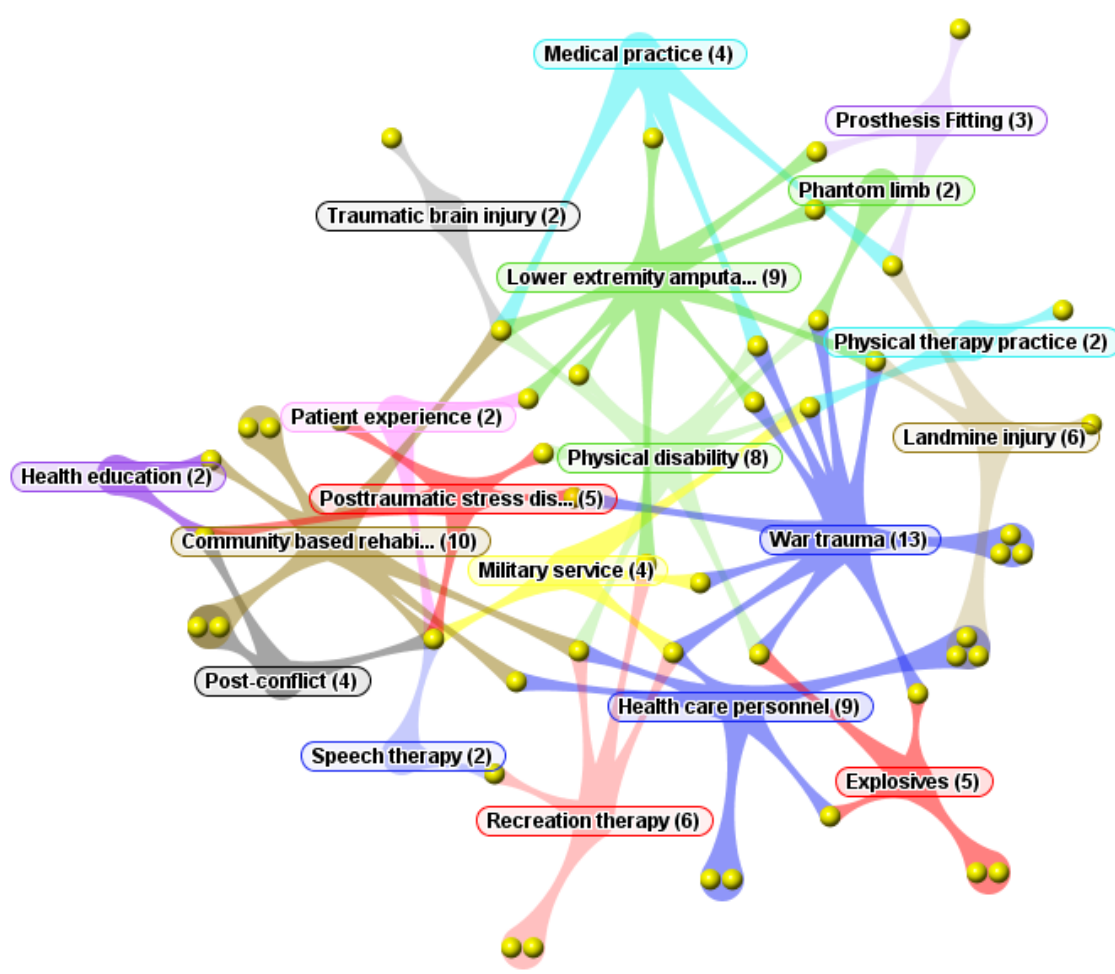


Figura 23. Aduna palabras claves

Los *abstracts*, (Figura 25), develan que, de los 54 artículos, un número considerable de artículos 23, hacen énfasis específicamente a los cuidados de rehabilitación como temática

principal, con relación a tratamientos, movilidad, traumas de guerra, heridas causadas por MAP, discapacidad adquirida, efectos del conflicto armado, la relación de los cuidados de rehabilitación de los Soldados con la familia, amigos y comunidad.

Ahora bien, referente a los artículos que abordan el tema de rehabilitación (42) asociado a los servicios de Salud (23), se relacionan con métodos y tratamientos, atención individual, muertes, negligencia médica, suicidio, trauma de guerra y familias: en contraste, por otro lado, los artículos que abordan métodos y tratamientos de rehabilitación (21), lo hacen en torno a terapias, movilidad, comunidad, pérdida de miembro inferior, pérdida de extremidades superiores, discapacidad adquirida, heridas causadas por minas antipersonal y traumas de guerra asociados con Soldados o víctimas del conflicto armado y finalmente los documentos relacionados con comunidad (19) la abordan en relación a métodos y tratamientos, cuidados de rehabilitación en pérdidas de extremidades inferiores y extremidades superiores y familia.

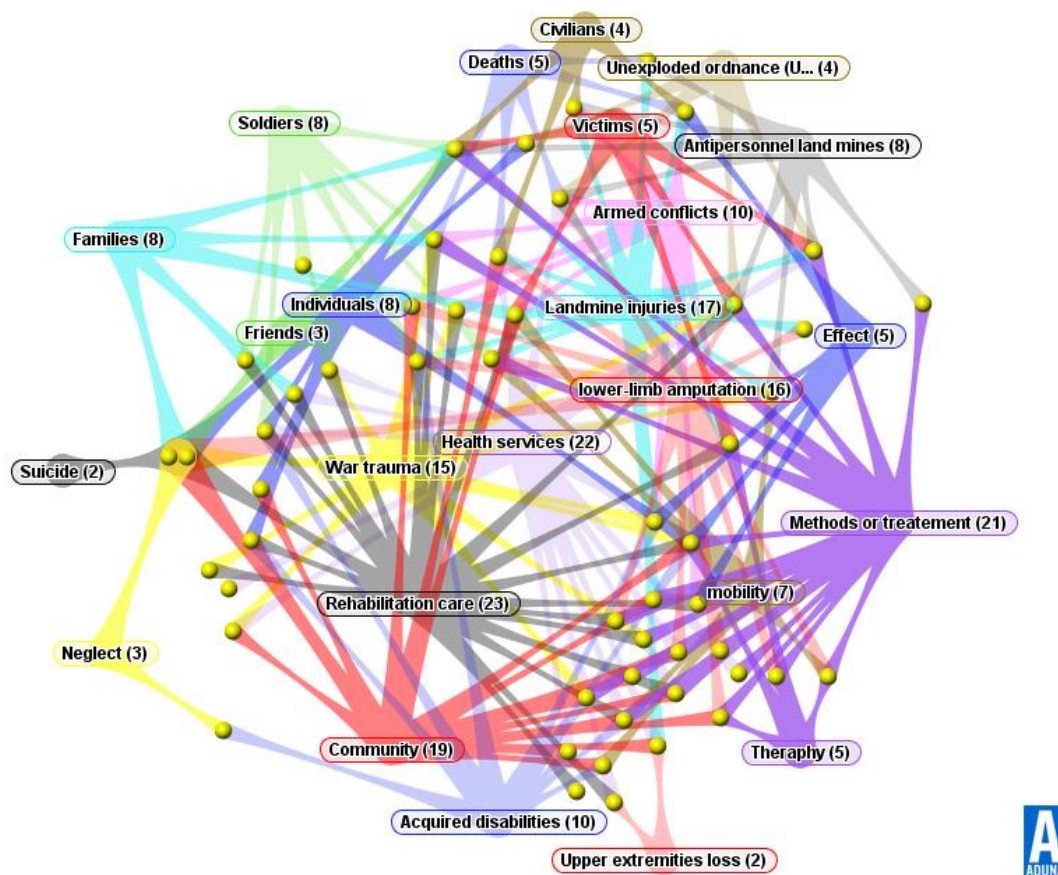


Figura 24. Aduna Abstracts

Igualmente, las palabras claves investigadoras refieren tendencias respecto a la producción de artículos en rehabilitación de víctimas de MAP y el grupo poblacional a los que se dirigen (Figura 26), En este caso se identifica que respecto a la rehabilitación que los adultos (Adult) constituyen el mayor grupo de incidencia en (42) artículos, principalmente en referencia a Soldados (14), veteranos (5) y comunidades (21); en relación a soporte social (5), resiliencia (3), familia (5) y reintegración (4), seguido de innovación (9) en cuanto a terapias (5), amputación (4), miembros artificiales (prótesis) (6), ejercicios de rehabilitación (2) y educación (1).

El segundo grupo identificado es niños (Children), posee (10 artículos) de los cuales (3) se abordan en relación con adolescentes (Adolescents), relacionados con temáticas de rehabilitación (7), innovación en ejercicios (2), educación (1); efectos de minas antipersona (5), amputación (3), estrés postraumático (3) y soporte emocional (1).

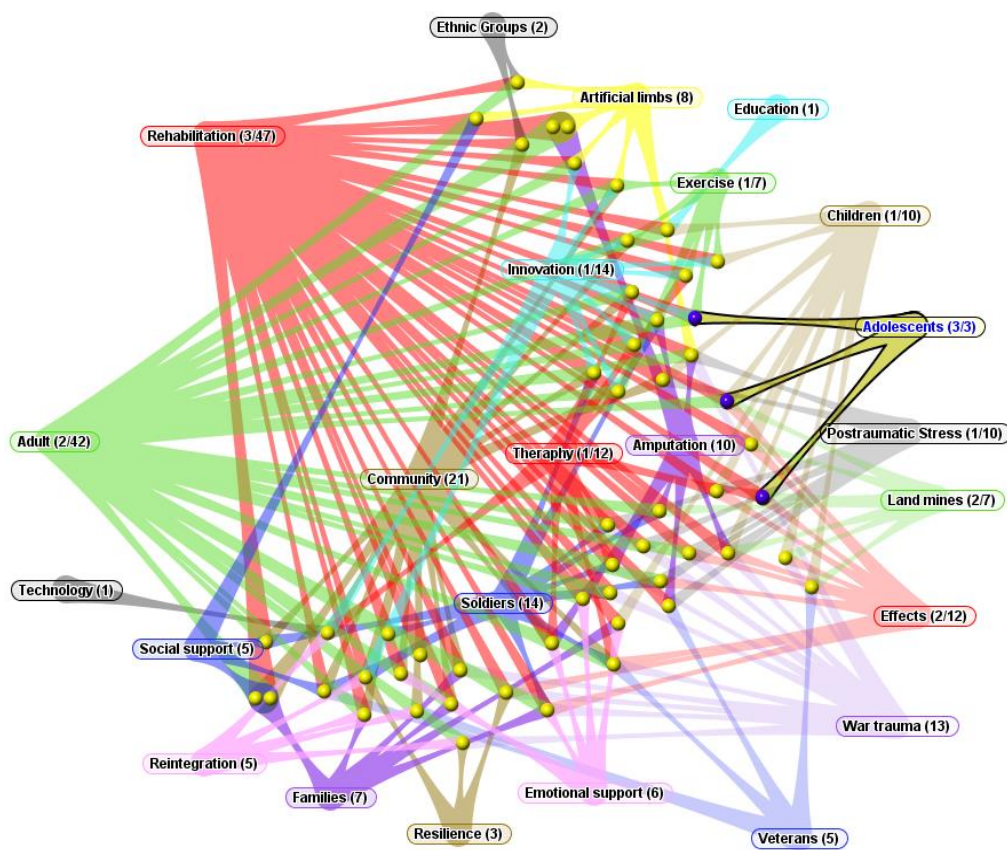


Figura 25. Aduna palabras claves investigadoras

Finalmente, el índice de citación evidencia que el artículo con el mayor número de citaciones es *“Rehabilitation of landmine victims - The ultimate challenge”* con 9.66% (41 citas) del total de citaciones, seguido de *“Parent perspectives to inform development of measures of children's participation and environment”* 9.19% (39 citas) y *“Using International Classification of Functioning, Disability and Health to understand challenges*

in community reintegration of injured veterans” 8.74% (37 citas) del total de citaciones, adicionalmente se percibe que el promedio de citaciones de los artículos seleccionados es de 7.

6.3. Caracterización del perfil individual, familiar y socio demográfico de víctimas de MAP en el Departamento de Santander

“...y yo me tenía que ir en muletas, todos los días, a mí se me rompían las manos acá, acá por debajo de las axilas se me rompía... pero yo, como que del mismo dolor me hice, como que me desquitaba con yo mismo y ya, yo, muy duro, me dio muchísimo duró hasta los 18 años...”

La caracterización social es un método de generación de información sobre la población y su entorno social, económico, político y ambiental para la elaboración de propuestas que fomenten el desarrollo integral de la región. Su finalidad consiste en dar a conocer las condiciones en las que se encuentra un territorio y sus habitantes, de tal forma que se puedan realizar acciones en cada uno de los sectores, asimismo establecer medidas de promoción de la calidad de vida. Para efectos de la presente investigación fue relevante conocer información desde las dimensiones socio demográfica, espacial, económico y cultural de las víctimas de MAP y sus familias, con el propósito de realizar un análisis de la información recolectada e integrar al diseño de las estrategias las aristas que emerjan a partir del análisis en cada dimensión.

Para el desarrollo de la caracterización se aplicó un instrumento que consistió en la realización de una encuesta corte transversal⁹, empleada en la recolección de la información,

⁹ Es un diseño de investigación de uso frecuente, que permite estudios observacionales y se conocen como estudios de prevalencia

esta se dividió en cuatro dimensiones: socio demográfico, espacial, económico y cultural, con los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo e inferencial.

6.3.1. Características individuales de las víctimas de MAP desde la dimensión social. A partir de la aplicación del instrumento cuantitativo, fue posible recolectar la información socio demográfica, la cual permitió la identificación de los principales indicadores que constituyen la base para la medición de la calidad de vida de la población: caracterización de grupos, dinámica poblacional, población total, composición por edad y sexo, población económicamente activa, patrones de asentamiento (nuclear o disperso), condiciones de vida e índice de NBI. Dentro de la dimensión socio demográfica se analizaron las categorías tipología familiar, lugar de nacimiento, edad, género, procedencia rural o urbana, nivel de escolaridad, tipo de régimen en el sistema de salud.

La *tipología de estructura familiar* clasifica a los hogares con base en la relación de parentesco entre sus miembros con el jefe de hogar. En primer lugar, las familias se clasifican en familiares y no familiares dependiendo de la existencia de un núcleo familiar primario o de una relación filial (hijos, hijas, parentesco cercano) entre todos o algunos de los miembros de la familia. Con base en Ullmann (2014), en su trabajo *la evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990 - 2010: Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*, se obtienen las siguientes tipologías familiares: nucleares, conformados por padre y madre con o sin hijos; o por padre o madre con hijos; amplio, conformado por un hogar nuclear más otros parientes o no parientes, esta categoría se puede subdividir a su vez en:

- Extensos: conformados por un hogar nuclear más otros parientes.
- Compuestos: conformados por un hogar nuclear (con o sin otros parientes) más otros no parientes.

- Familiares sin núcleo: no existe un núcleo conyugal primario o una relación padre/madre, hijo/hija, pero sí hay otras relaciones de parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad (por ejemplo, hermanos).

Hogares no familiares

- Monoparental femenina: conformadas por una sola persona, en este caso la madre e hijos.
- Monoparental masculina: conformadas por el padre e hijos.
- No familiares: sin núcleo, conformados por hogares en los cuales no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija o una relación de hermanos, ni existen otras relaciones de parentesco (por ejemplo, estudiantes compartiendo vivienda y gastos).

De acuerdo con la información recolectada con los instrumentos aplicados, el 70% de los entrevistados cuentan con una tipología de familia nuclear y para el 10% la tipología de familia monoparental masculina es la que predomina, el otro 10% tiene una tipología familiar femenina, representada en una participante que tiene como estado civil viuda, debido a que su esposo sufrió el hecho victimizante de desaparición forzada, lo cual la llevó a ser la proveedora económica de su hogar cuando ocurrió el accidente con MAP, la participante tenía cinco hijos menores de 14 años, lo cual manifiesta, fue una motivación para seguir con su proyecto de vida.

Finalmente, uno de los participantes representado en el 10% restante, declara que no tiene tipología familiar dentro de las categorías que se encontraban en el instrumento, por cuanto vive solo y no tiene hijos o familiares en primer o segundo grado de consanguinidad. Un elemento para resaltar es que pese al accidente con MAP, el 70% de las familias continuaron

consolidadas, convirtiéndose en algunos casos el cónyuge en un apoyo significativo en el proceso de aceptación de la nueva condición de los participantes.

En cuanto a la variable *sexo*, el diccionario de la Real Academia Española (RAE), divide el sexo en dos: hombre y mujer, haciendo alusión a lo biológico. De otra parte, es de resaltar que en algunos contextos suele confundirse el sexo con el género, pero una característica distintiva entre estas dos categorías es que el primero hace alusión a lo biológico, el segundo es una construcción cultural correspondiente a los roles o estereotipos que en cada sociedad se asignan a los sexos.

Según cifras de Dirección contra Minas en Santander desde 1990 a 2018, se han registrado 288 víctimas de MAP en el departamento, de las cuales 262 eran hombres y 23 mujeres. La muestra con la que se recabó la información sólo el 10% eran mujeres, es decir sólo hay una mujer en la muestra. Es de resaltar que, durante el contacto preliminar para la identificación de los participantes en las bases de datos suministradas por el HUS, y otras instituciones, sólo se identificaron dos mujeres, de las cuales una de ellas no cumplía con uno de los criterios de inclusión, por cuanto producto del accidente con MAP, sufrió afectaciones en su ojo derecho lo cual ocasionó la pérdida de la córnea sin afectar ningún miembro inferior. Lo anterior devela que, la prevalencia en accidentes por MAP es mayor en hombres que en mujeres, generando cambio de roles en las dinámicas familiares; para el caso de las mujeres deben asumir además de la adaptación a su nueva condición los gastos del hogar y crianza de los hijos, como ocurrió en el caso de la participante entrevistada. Asimismo, se identifican procesos de aceptación y superación de duelos significativos en los hombres; en el caso de la participante después de 24 años de ocurrido el accidente aún hay factores que evocan tristeza tras la pérdida del MI, lo cual se traduce en duelos no superados.

Ruralidad: nicho de MAP

Según datos de Dirección Contra Minas el 90% de las víctimas de MAP, provienen de la zona *rural* del país, lo que agudiza la situación en algunos territorios en cuanto a que se cumpla la ruta de atención a víctimas de MAP, según los relatos de los participantes al momento del accidente tuvieron que ser desplazados a otros municipios para ser atendidos en un centro de atención en salud, la mayoría de ellos llegaron al Hospital Universitario de Santander, donde se les prestó la atención primaria en salud. Lo anterior implica que al momento de regresar al lugar donde se realizó la atención, debe generarse un desplazamiento para el proceso de rehabilitación, lo que conlleva a realizar gastos adicionales en cuanto a transporte, alimentación y estadía, como manifestaron en sus relatos algunos participantes no regresaban a los controles de seguimiento por falta de recursos económicos. La figura 27, indica que el 80% de los participantes provienen de zonas rurales y el 20% de las zonas urbanas, lo cual tiene relación con las cifras publicadas por Dirección Contra Minas.

Por lo anterior, algunos participantes no han contado con procesos de rehabilitación. Uno de ellos tuvo que hacer una prótesis de madera con la cual duró más de ocho años, hasta que por medio de un organismo de cooperación internacional obtuvo un elemento médico protésico convencional. Esto expone algunas de las implicaciones que tiene un porcentaje significativo de víctimas de MAP que provienen de zonas rurales del país.

Los ingresos económicos de los participantes son inferiores a 1 SMMLV en Colombia (\$781.242), esto aunado a que sólo el 10% de los participantes cuenta con un empleo formal en donde devenga 1 SMMLV, plantea interrogantes, en especial porque de la figura 27, se infiere que el 10% de la muestra tiene cuatro *hijos menores de 14* años, el 20% dos hijos menores de 14 años, el 50% de los participantes no tiene hijos menores de 14 años, lo anterior tiene relación con la edad de los participantes, por cuanto ellos se encuentran en el rango de edad entre 50 y 67 años, el 10% tiene tres hijos menores de 14 años y el 10% restante tiene un

hijo, es decir que el 50% de los participantes deben emplear sus ingresos en alimentación y educación de sus hijos agudizando la situación que en un 85% sólo uno de las personas que conforman la familia aportan económicamente a la familia. Es de replantearse el componente de subsistencia de las víctimas de MAP, es decir, de qué manera ellos pueden ser productivos y funcionales a partir de su nueva condición, lo cual genere que sus familias tengan una mejor calidad de vida que les permita suplir necesidades básicas.

Dado que los años de registro de accidente de los participantes de la investigación datan desde 1982, algunos de ellos ya son adultos mayores, por lo tanto en algunos casos particulares, se registran casos de abandono por parte de los hijos a sus padres; también se evidencia abandono por parte del Estado e indiferencia por parte de la población civil, algunos han obtenido sus viviendas mediante el dinero recibido de indemnizaciones administrativas y aportes de organismos de cooperación internacional pero no cuentan con un empleo formal o informal. La figura 27 señala que un 40% de los participantes tiene dos hijos, un 20% sólo un hijo, 10% seis hijos, otro 10% cuatro y tres respectivamente, finalmente 10% de los participantes no tiene hijos.

Bajos niveles de escolaridad predominan en las víctimas de MAP

El Artículo 11 de la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994), precisa que la educación formal es la que se imparte en establecimientos educativos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional, en una secuencia regular de ciclos lectivos con sujeción a pautas curriculares progresivas y conducente a grados y título, la cual se organiza en tres niveles: preescolar; educación básica y educación media.

Para el contexto de la presente investigación, el nivel de escolaridad se expresa por el grado de educación que alcanzó el participante, tomando como referencia el sistema nacional de indicadores para los niveles de preescolar, básica y media en Colombia, es de resaltar que el

esquema de organización del Sistema Educativo Colombiano se subdivide de la siguiente manera: preescolar, primaria, secundaria, media, educación superior.

El nivel de preescolar comprende los grados de prejardín, jardín y transición, y atiende a niños en edades que van desde los tres hasta los cinco años. El grado de transición o grado cero es obligatorio y hace parte de la educación básica. El segundo nivel es el de educación básica que tiene una duración de nueve grados que se desarrollan en dos ciclos: la básica primaria con cinco grados, de primero a quinto, y la básica secundaria con cuatro grados, de sexto a noveno. La educación media con una duración de dos grados comprende décimo y once. Excepcionalmente algunos colegios pueden ofrecer el grado 12. La educación media tendrá el carácter de académica o técnica. Al terminar se obtiene el título de bachiller, que habilita al educando para ingresar a la educación superior en cualquiera de sus niveles y carreras (Ministerio de Educación Nacional, 2014).

Como se evidencia en la figura 27, el 50% de los participantes no cursaron la primaria completa, es de resaltar, que como se evidenciará más adelante las víctimas provienen de contextos rurales. Adicional, más de la mitad de los participantes tiene más de cincuenta años, lo cual corresponde en la figura a las personas que no terminaron la primaria. De otra parte, los dos participantes de menor edad (33 y 34 años) se representan en la figura como las personas que terminaron la secundaria y cursaron el mismo nivel de escolaridad incompleto. Finalmente, sólo un participante ostenta el título de técnico el cual lo obtuvo mediante capacitación en el SENA.

Aunque el 50% de los participantes tiene un nivel de escolaridad de primaria incompleta, el 80% de ellos manifiesta que sabe leer y escribir y sólo el 20% de ellos manifiesta no leer y escribir.

Barreras en el acceso a los servicios de salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), es la modalidad existente para proporcionarles a los habitantes del país un seguro que cubra los gastos en salud. El SGS-SS funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado; en el Régimen Contributivo, deben afiliarse las personas que tienen una vinculación laboral, quienes cuentan con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. En el régimen Subsidiado se afilian las personas que no tienen capacidad de pago, es decir, el Estado les proporciona la cobertura en salud (Ministerio de la protección Social, 2004).

Según el Ministerio de Salud a febrero de 2018, hay en Colombia 21.860.491 personas que hacen parte del Régimen contributivo y 22.557.231 personas se encuentran vinculadas al Régimen subsidiado.

Según la figura 27, el 62,5% de los participantes hacen parte del Régimen subsidiado, lo cual tiene relación con la variable ingresos familiares, en donde el 70% de los entrevistados o más tienen ingresos por debajo de 1 SMMLV, lo cual pone de manifiesto que debido a sus ingresos los sobrevivientes de MAP entrevistados no tienen la forma de pagar la atención en salud. Es de resaltar que, al momento del accidente, algunos participantes tuvieron que hacer una ruta extensa, desplazándose en burros y chalupas hasta por más de tres horas para ser atendidos porque en sus territorios no había servicio de atención en salud; asimismo, para el cambio de prótesis que es una de las circunstancias que acarrea extensos periodos de espera y trámites, deben desplazarse hasta el municipio de Bucaramanga para realizar la gestión. Más del 50% de los participantes consideran que no es idónea la atención que reciben en las instituciones prestadoras de salud, lo cual devela una estrecha relación entre la calidad de la atención que han recibido los participantes y su pertenencia al Régimen contributivo.

Por lo anterior, los participantes han tenido que recurrir a la búsqueda de organismos de cooperación internacional como el CICR, HANDICAP Internacional, para realizar el cambio de prótesis e incluso recibirla por primera vez y llevar a cabo su proceso de rehabilitación física; es de resaltar que más del 80% de los entrevistados no tuvo acompañamiento desde el componente psicosocial en sus procesos de rehabilitación.

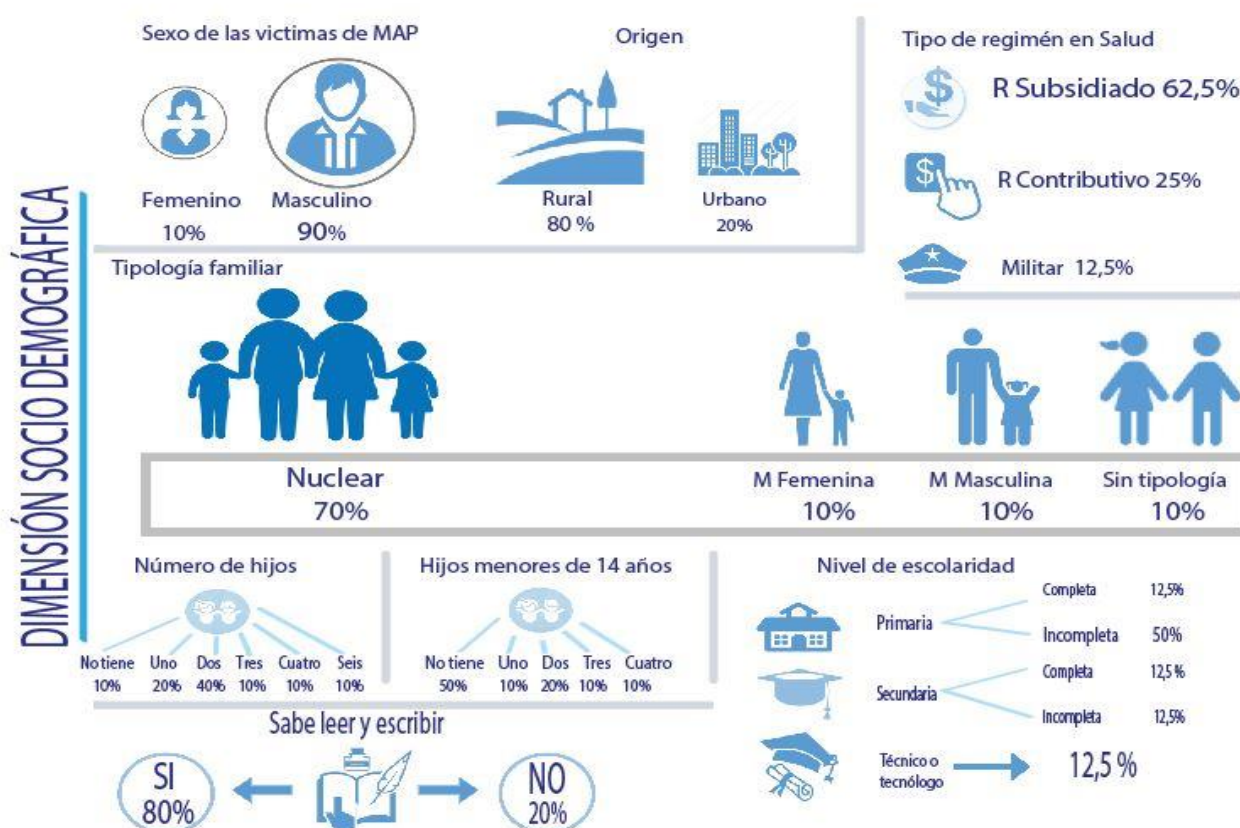


Figura 26. Dimensión social de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia)

6.3.2. Dimensión espacial. La dimensión espacial permite efectuar el análisis de la calidad, cobertura, infraestructura asociada, debilidades y potencialidades de los servicios tales como:

- **Servicios públicos:** acueducto, alcantarillado, sistemas de manejo de residuos (recolección, tratamiento y disposición, energía y telecomunicaciones).
- **Servicios sociales:** salud, educación, vivienda y recreación.
- **Infraestructura de transporte:** vial, aérea, ferroviaria y fluvial.

Dentro de la dimensión espacial se analizarán las categorías servicios públicos, programa de prevención de MAP, percepción de la atención prestada por la IPS en los procesos de rehabilitación, coberturas de programas de formación educativa y de emprendimiento, tenencia de la vivienda, personas que habitan la vivienda, tipo de material de construcción de la vivienda, material de los pisos, material de los techos, espacios con que cuenta la vivienda, número de personas por habitación, número de camas por habitación.

En cuanto al *tipo de material de la vivienda* el 80% de los participantes residen en el sector rural, el 70% de ellos tiene vivienda propia. Según la figura 28, el cemento es el material que predomina en la construcción de las viviendas en un 70%, seguido del ladrillo y el concreto con un 60% respectivamente; de otra parte, uno de los participantes -que representa el 10%- tiene su residencia en un asentamiento y el material con el que está construido el lugar donde pernocta con su familia es el plástico, lo cual deja de manifiesto las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran el participante E07 y su familia, debido a que tiene cuatro hijos menores de 14 años, ingresos inferiores a 1 SMMLV y un trabajo no formal, desconociendo los derechos a una vida digna, el derecho a vivir en un ambiente sano, el derecho de los niños a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados, los cuales consagra la Constitución Nacional de 1991.

Los servicios públicos domiciliarios con que cuentan los participantes en sus lugares de residencia, según la figura 28, el 100% de ellos cuentan con servicio de agua, el 90% tiene servicio de luz en sus hogares, el 60% cuenta con gas natural, el 40% restante cocina con leña, y manifiestan que debido a las leyes que prohíben la tala de árboles, se les dificulta cocinar

pues hacen usos de ramas secas que se caen pero en ocasiones no encuentran; asimismo, el 40% de los participantes tienen servicio de televisión por cable, 40% de ellos cuenta con servicio de recolección de basuras -algunos de los que no cuentan con este servicio manifestaban que queman las basuras-, el 40% tiene servicio de alcantarillado y el 10% tiene servicio de internet; es de resaltar que el 80% de los participantes reside en el sector rural y en muchos de estos territorios del sector rural la conexión es remota.

Estado de las vías

Para llegar a algunos municipios del departamento de Santander donde residen los participantes se requiere hacer uso de más de un medio de transporte, como es el caso del municipio de Galán, en donde se debe tomar un bus en Socorro para llegar a dicho municipio; es importante destacar que el estado de esta vía es inestable, por cuanto no se encuentra pavimentada, además cuando hay temporadas de lluvias -como las que se registran a abril de 2018- se presentan derrumbes y se cierra la vía. Un contexto análogo se vive para llegar al lugar de residencia del participante M02, debido a que se llega al municipio de Rionegro y allí se toma un medio de transporte no formal para llegar a su lugar de residencia; durante más de una hora se recorre un camino no pavimentado, el participante tiene como medio de transporte una moto, con la cual ha tenido varios accidentes cuando llueve debido al mal estado de las vías. Según la figura 28, en un 40% los participantes manifiestan que el estado de las vías para acceder a sus lugares de residencia es bueno, un 40% dice que es regular y el 20% restante afirma que es malo.

Participación en programas de prevención de MAP

Debido a que los territorios en donde residen los participantes se encuentran en el sector rural en un 80% y los lugares de ocurrencia del accidente con MAP fueron en dicho sector en un 100% de los casos, surgió la categoría participación en programa de prevención de MAP, por cuanto se considera de vital importancia que los habitantes de estos territorios conozcan dichos

artefactos y el modo en que podrían encontrarlos en su entorno, dado que son usados como táctica de guerra, asimismo que conozcan sobre la ruta de atención a víctimas para que las comunidades que son los primeros en auxiliar los accidentes “enruten” a las víctimas, generando una atención pronta y adecuada.

Al indagar a los participantes sobre su participación en programas de prevención de MAP, en un 90% de los casos nunca han participado en dichos programas y manifiestan que no ha sido por falta de interés, sino porque no llegó la información a ellos o sus familias. En contraposición a lo anterior, un 10% de los participantes -representados en una persona- dice haber participado en estos programas.

Atención en la IPS durante el proceso de rehabilitación

Dando cumplimiento a la ruta de atención a víctimas de MAP, como medidas de reparación, se encuentra el componente de rehabilitación, donde se encuentran los componentes físicos y psicosociales. En algunos de los casos ha sido el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) quienes les han proporcionado el elemento médico protésico después del accidente a los participantes pero, en la normativa interna, las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud deben dar la prótesis a las víctimas, dado que se encuentran dentro de la cobertura del Plan de Beneficios-POS que emite la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en desarrollo de sus funciones en Colombia.

En el contacto inicial con uno de los participantes, se encontraba realizando en el municipio de Bucaramanga trámites en su IPS para gestionar el cambio de prótesis, no obstante, llevaba dos años en el proceso puesto que la IPS lo desviaba de la ruta y dilatava el proceso, por tal razón el participante desistió de continuar el proceso. El participante W06 no cuenta con una prótesis, se moviliza por mediante el apoyo de muletas; él manifiesta que nunca ha intentado acercarse a su IPS porque no cree que la IPS le vaya a proporcionar el elemento médico protésico que requiere para realizar sus labores cotidianas. Asimismo, solo uno de los

participantes manifestó que la IPS a la que pertenecía lo apoyó en su proceso de rehabilitación física.

Lo anterior se puede constatar en la figura 28, en donde el 70% de los participantes manifestó no haber contado con apoyo de la IPS durante su proceso de rehabilitación y cambio de prótesis, un 20% dijo que sí tuvo apoyo de la IPS en su proceso de rehabilitación física pero no desde el componente psicosocial; finalmente, un 10% representando en un participante manifestó no haber buscado apoyo de su IPS en el proceso de rehabilitación o cambio de prótesis.

Cobertura en programas de formación educativa y emprendimiento social por parte del Estado

Como consecuencia de los hechos acaecidos en los territorios colombianos donde se ha vivido con más intensidad el conflicto, ha sido compleja la creación de infraestructura y condiciones que permitan que se generen actividades emprendedoras por parte de las víctimas del conflicto en estas regiones. Como se resaltó el nivel educativo de las víctimas prevalece en la primaria incompleta, por tanto, como acción de restitución en el marco de la reparación a las víctimas, según la ley 1448 de 2011 desde el SENA el gobierno Nacional diseñó programas de formación educativa que se proyectan hacia la materialización de emprendimientos.

La figura 28, señala que el 62,5% de los participantes tienen la percepción que la cobertura en programas de formación y emprendimiento social son regulares, debido a que no a todos les informaron la existencia de estos y no tenían conocimiento sobre la ruta de acceso, de otra parte, los entrevistados manifestaban que cuando se culminan estos procesos formativos, realizar un emprendimiento no era algo viable para ellos, por cuanto no contaban con los recursos para esto, y en algunos casos los recursos que proporcionaban estos programas no eran suficientes para hacer tangibles dichos emprendimientos.

De otra parte, para los participantes las experiencias de otras personas que ya habían pasado por estos procesos eran significativas, por lo cual no iniciaban el proceso de formación educativa con el SENA (la cual fue la única entidad que mencionan los entrevistados) debido a que evidenciaban que estas personas se formaban y no conseguían empleo, por lo anterior decidían buscar actividades que les proporcionan un ingreso económico para el sostenimiento de sus familias.

Apoyo del Estado en procesos de formación académica o de emprendimiento social

Después del accidente con MAP, los participantes pasan por un proceso de transición en donde deben reconfigurar algunas actividades que desarrollaban antes del accidente, dichas actividades inciden de manera directa en su proyecto de vida, por tanto como medidas de reparación el Estado debe apoyar a las víctimas en este proceso, proporcionando herramientas a nivel formativo y económico que le permita a las víctimas continuar con sus vidas; en este contexto el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), ha sido protagonista, pues es la institución que ha capacitado mayoritariamente a las víctimas en programas técnicos y de emprendimiento.

En la figura 28 se fundamenta la información anterior. Un 60% de los participantes ha recibido apoyo en procesos de formación educativa o de emprendimiento social por parte del Estado, siendo el SENA la institución que ha apoyado en el 100% de los casos, por otra parte, el 40% de los participantes manifestaron que no han tenido apoyo en dichos procesos. Es de resaltar que los participantes expresaron que no sienten que esta formación los lleve a tener una inclusión laboral exitosa, por cuanto el 90% de ellos cuenta con empleos no formales y sienten que por la condición de discapacidad que adquirieron después del accidente es más complejo conseguir un empleo formal.

Otra variable es la edad. Los participantes adultos mayores no cuentan con empleo y sienten que es debido a la discapacidad que adquirieron producto del accidente y su edad.

Tenencia de la vivienda

La tenencia de la vivienda hace referencia a si el lugar donde residen los habitantes es arrendado, subarrendado o propio, el 62,5% de los participantes manifestaron que la vivienda es propia, y que fue adquirida producto de las reparaciones económicas que les otorgó el Estado, incluyendo al participante que pertenece al régimen militar.

Es de resaltar que no todos los participantes viven en una vivienda propia, el 35,5% de ellos residen en una vivienda arrendada. No todos recibieron reparaciones económicas y los ingresos del 95% de los participantes es inferior a 1 SMMLV, lo cual hace que sus ingresos en un 60% sean destinados al pago del arriendo de las viviendas donde residen.

Tipo de vivienda

En cuanto al tipo de vivienda en que viven los participantes, según la figura 29, en un 40% de los casos residen en casas, el 30% en fincas, 10% en inquilinato, 10% en lotes y el 10% en apartamentos. El tipo de vivienda define la zona en donde se encuentran los participantes, a pesar que el 80% reside en el sector rural, no son las fincas las que predominan, por cuanto no todos viven en veredas, dentro del 40% se encuentran las personas que viven en las zonas rurales, pero se encuentran en las cabeceras municipales, por tanto el tipo de vivienda en el que residen son las casas, el participante S01, antes del accidente vivía en la zona urbana, por tanto después del accidente con el dinero que recibió producto de la indemnización compró un apartamento en el área urbana, en cuanto al participante que vive en un lote, este reside en un asentamiento y su casa se encuentra hecha de plástico, finalmente uno de ellos vive en una casa ubicada en el sector urbano, en donde comparte con más familias.

Personas que habitan la vivienda

En un 80% las personas que habitan las viviendas donde residen los participantes son familiares, un 10% corresponde a inquilinos, y el 10% restante a amigos. Lo cual corresponde a la tipología familiar de los participantes, la cual en un 70% es nuclear, es decir conformada por padre, madre e hijos.

Espacios de la vivienda

En lo relacionado con los espacios de la vivienda, se encuentra que en un 100% el lugar de residencia de los participantes cuenta con habitaciones, en un 80% con baños, cocina y sala respectivamente, sólo un 20% cuenta con comedor y un 10% con patio. Los espacios con que cuenta la vivienda están relacionados de manera directa con el tipo de vivienda y el sector donde se encuentra ubicada, es decir si es rural o urbano, por lo anterior se afirma que, en un porcentaje significativo de las residencias cuentan con habitaciones, baño y cocina, lo cual permite inferir que las viviendas permiten suplir los espacios básicos para el desarrollo cotidiano de los participantes. Es de resaltar que la vivienda de uno de los participantes no cuenta con baños o cocina, sólo con habitaciones improvisadas, las cuales se encuentran divididas por plástico, que es el material que predomina en la construcción del lugar donde reside con su familia.

Tipo de material de construcción de los pisos

Dada la relación directa con el tipo de vivienda, y la procedencia de los participantes (rural, urbana), de la categoría tipo de material de construcción de pisos, la figura 28 muestra que el material que predomina es la tierra en un 50%, el cemento en un 30%, la cerámica y el baldosín en un 10%.

Tipo de material para la construcción de techos

El tipo de material para la construcción de techos en las viviendas tiene una relación estrecha con los territorios donde residen los participantes, como lo deleva la figura 28, en un 60% el tipo de material que predomina es la teja de zinc, la teja en un 30% y 10% el plástico, lo anterior señala que el tipo de material para la construcción de techos tiene relación con la variable de ingresos económicos.

Número de personas por habitación

En cuanto al número de personas que hay por habitación en un 40% hay una y dos personas por habitación respectivamente, en un 30% hay tres personas por habitación. Lo anterior tiene relación directa con el tipo de vivienda, que en un 40% son casas y los espacios son más amplios.



Figura 27. Dimensión espacial de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 1

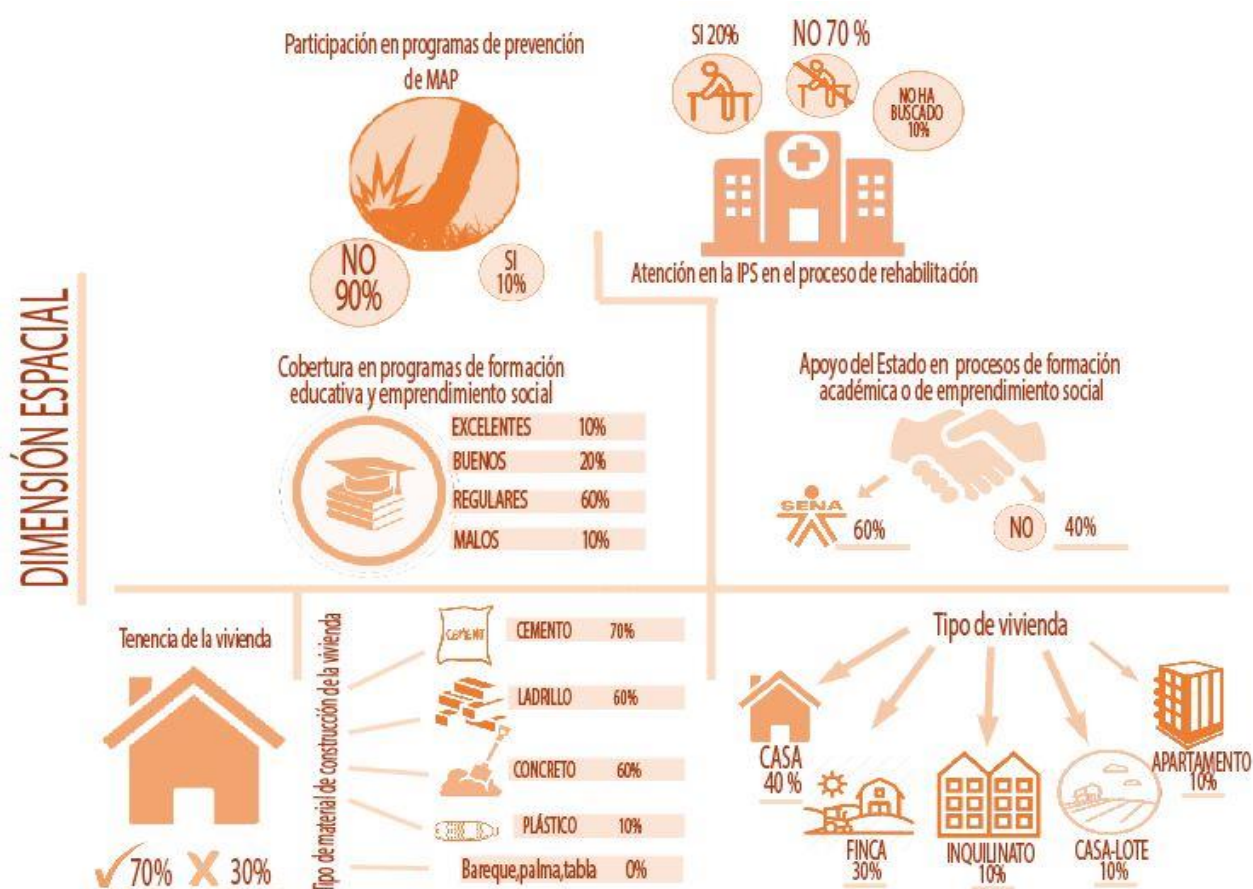


Figura 28. Dimensión espacial de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 2

6.3.3. Dimensión económica. En esta dimensión se analizarán las categorías ingresos familiares, aportes por miembro de la familia, generación de ingresos familiares, miembros de la familia que dependen económicamente, actividad económica, ayudas por parte de algún programa del Estado, tipos de programas, manejo de ingresos familiares, inversión del dinero, medios de transporte, empresas presentes en la región que contribuyen a la integración laboral.

Inversión del dinero

Como se ha evidenciado en el análisis de caracterización de los participantes, estos cuentan con ingresos inferiores a 1 SMMLV en Colombia, el 50% de ellos tiene hijos menores de 14 años, y como se devela en la figura 30, los participantes no invierten en recreación para los niños, es de resaltar que un 30% de ellos no tiene vivienda propia, por tanto un 20% invierten en arriendo, de otra parte, los participantes invierten sus ingresos económicos en un 70% en pago de servicios públicos, 100% alimentación y 20% en educación; de lo anterior se infiere que, los participantes no invierten en realizar actividades recreativas y de esparcimiento, tampoco en salud, por cuanto el 62.5% de ellos se encuentran afiliados en el régimen de salud subsidiado.

Miembros de la familia que dependen económicamente

Dado que los participantes en un 50% tienen hijos menores de 14 años, esta se configura en una población económicamente dependiente, la figura 30 señala que en un 37% los miembros de la familia que dependen económicamente son niños, asimismo en un 90% de los casos quien es el proveedor económico es el padre, llevando al cónyuge a depender económicamente del proveedor, esta es la razón por la que en un 67% son los adultos quienes dependen económicamente en el núcleo familiar.

Ingresos familiares

“...Por mi condición de discapacitado pues, ¿qué trabajo voy a conseguir? lo único que tengo es una moto, con esa moto estoy trabajando, haciendo, pirateando...”

La figura 30 señala que los ingresos familiares de los participantes se encuentran en rango entre 0 y 1 SMMLV en un 90%, lo cual está relacionado con directamente con la actividad económica que efectúan los participantes y los miembros de la familia que aportan económicamente que, en un 85% de los casos el hombre es el proveedor económico, asimismo

predomina el empleo informal en la población sujeto de estudio, en contraposición a lo anterior, se encuentra que un 10% de los participantes tienen ingresos de 1 SMMLV, los cuales tienen un nivel de escolaridad de secundaria completa, es decir que la formación académica tiene una estrecha relación con la actividad económica realizada, por ende en los ingresos familiares.

Aportes por miembro de la familia

“...porque yo la verdad con la prótesis buena, o sea, es como si no tuviera nada, ¿sí? pues camino común y corriente y puedo trabajar en medio de 30 o 40 personas como si no tuviera nada...”

En un 90% de los casos es el padre el proveedor económico de la familia, dado que la procedencia de los participantes es el área rural, aún es marcado que quien trabaja es el hombre y la mujer se ocupa de labores domésticas, es decir, en ese sentido hay un arraigo cultural, en un 10% la mujer aporta económicamente, es de resaltar que este porcentaje representa a la cónyuge de los participantes que residen en el sector urbano, también las escasas oportunidades laborales hacen que las mujeres estén en casa, otra arista para el análisis es que en los participantes predomina el trabajo informal.

Actividad económica

“...yo administré una finca cuatro meses, y normal, yo trabajé normal ahí, y de pronto la señora supo de que yo era amputado y esa misma tarde me echó de la finca, dijo que no me podía dar trabajo, que me fuera...”

Según datos de Dirección contra Minas en un 90% la prevalencia de las víctimas de MAP en Colombia se encuentran en el sector rural, por tanto, la actividad económica que predomina en los participantes son actividades propias derivadas de la agricultura, lo anterior como trabajo informal, dado que los participantes que se dedican a laborar en este sector, reciben ingresos menores a 1 SMMLV, ellos manifiestan que antes del accidente trabajaban en el sector

agrícola, para algunos el accidente ocurrió mientras realizaban sus actividades laborales, después del accidente siguieron vinculados a este sector, lo anterior según manifiestan ellos, porque es el medio donde los vinculan laboralmente, teniendo que desarrollar trabajos de traslado de mercancías pesadas, que como ellos dicen, supera en ocasiones el peso estipulado para la prótesis, en otros casos la prótesis es expuesta al agua de manera constante, derivado de las actividades realizadas, los participantes manifiestan que el tiempo de uso de la prótesis se reduce significativamente con el desarrollo de sus actividades laborales. Uno de los participantes trabaja en el sector público como moderador de tránsito, este participante tiene ingresos de 1 SMMLV, además otro de los participantes labora con el oficio de la zapatería desde su casa.

Pertenencia a programas particulares del gobierno

En un 40% los participantes no han tenido alguna indemnización económica producto del accidente con MAP o capacitación en programas de emprendimiento o formación educativa, tampoco acceso a indemnizaciones administrativas, en un 30% de los casos representados en víctimas militares, han tenido acceso a indemnizaciones a víctimas del conflicto, particularmente por el accidente con MAP, uno de los participantes representado en un 10%, tuvo acceso a una vivienda gratuita producto del programa de viviendas gratuitas.

Contribución de empresas presentes en la región en el proceso de integración laboral

Como lo devela la figura 31, en un 90% los participantes consideran que las empresas presentes en la región no contribuyen con su proceso de integración laboral, es de resaltar que en los participantes prevalece el trabajo informal, y manifiestan que después del accidente ha sido difícil vincularse laboralmente, algunos expresan que cuando los empleadores notan que tienen una prótesis, les han solicitado que dejen su puesto de trabajo de manera inmediata, uno de los participantes representados en un 10%, considera que la industria de la zapatería lo ha apoyado en su proceso de integración laboral.

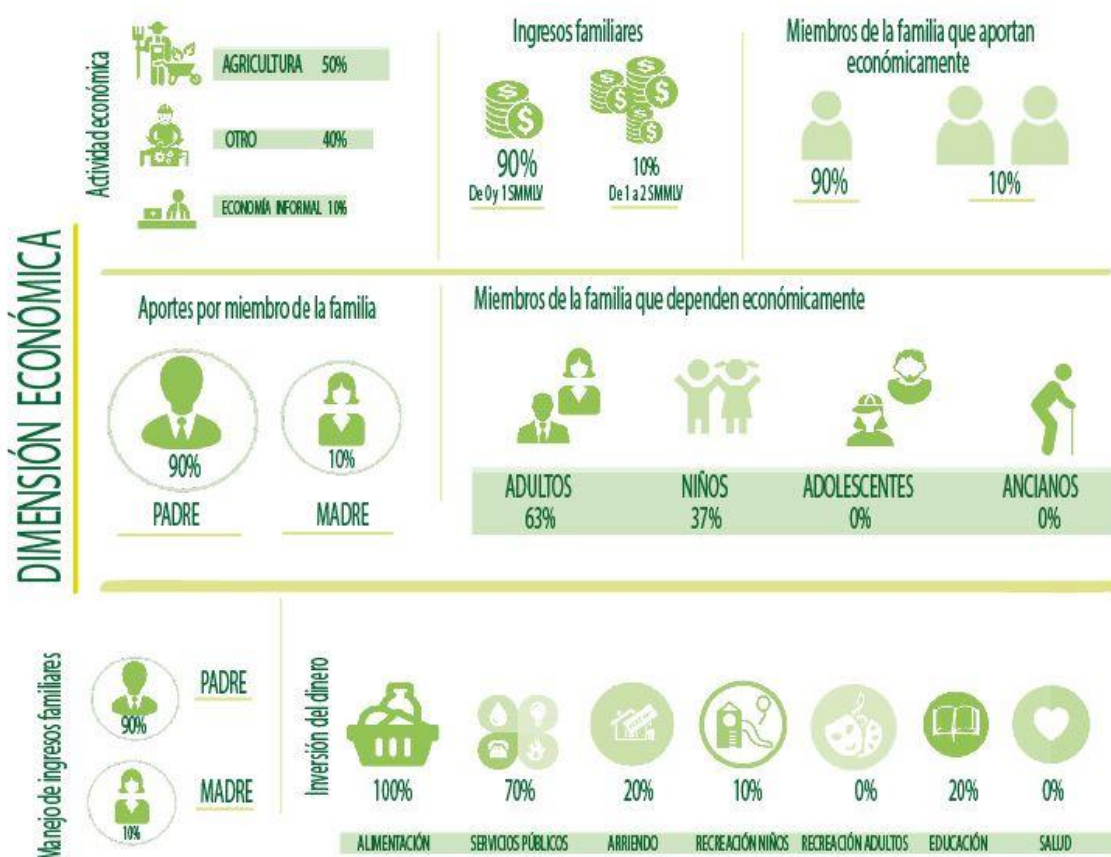


Figura 29. Dimensión económica de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 1



Figura 30. Dimensión económica de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia) Parte 2

6.3.4. Dimensión cultural. Los participantes manifestaron que en sus territorios no se realizan de forma recurrente actividades artísticas y culturales, por tanto, como se observa en la figura 32, un 90% de los participantes dijeron no asistir a dichas actividades, lo anterior tiene una relación estrecha con el manejo del tiempo libre, por cuanto ellos manifiestan que lo emplean en descansar y dormir, dejando de lado el compartir otros espacios de esparcimiento con sus familias. En el análisis se encuentra un punto convergente, en cuanto a que los participantes expresan el deseo de participar en actividades deportivas como fútbol, natación o ciclismo.

Manejo del tiempo libre

Esta categoría tiene una relación directa con los ingresos económicos de la familia y la inversión de dichos ingresos, debido a que el 80% de los participantes tiene ingresos inferiores a 1 SMMLV, y el dinero lo invierten en alimentación, pago de servicios públicos, es decir en suplir necesidades básicas, por tanto, la figura 32, evidencia que en un 100% los participantes emplean su tiempo libre en descansar, un 70% en ver televisión, un 20% en leer, es decir que los participantes no están realizando actividades deportivas, compartiendo el tiempo libre con sus familias o asistiendo a actividades artísticas y culturales, lo anterior eleva los índices de sedentarismo en los participantes, lo cual puede acarrear problemas físicos y de salud con el transcurrir del tiempo.

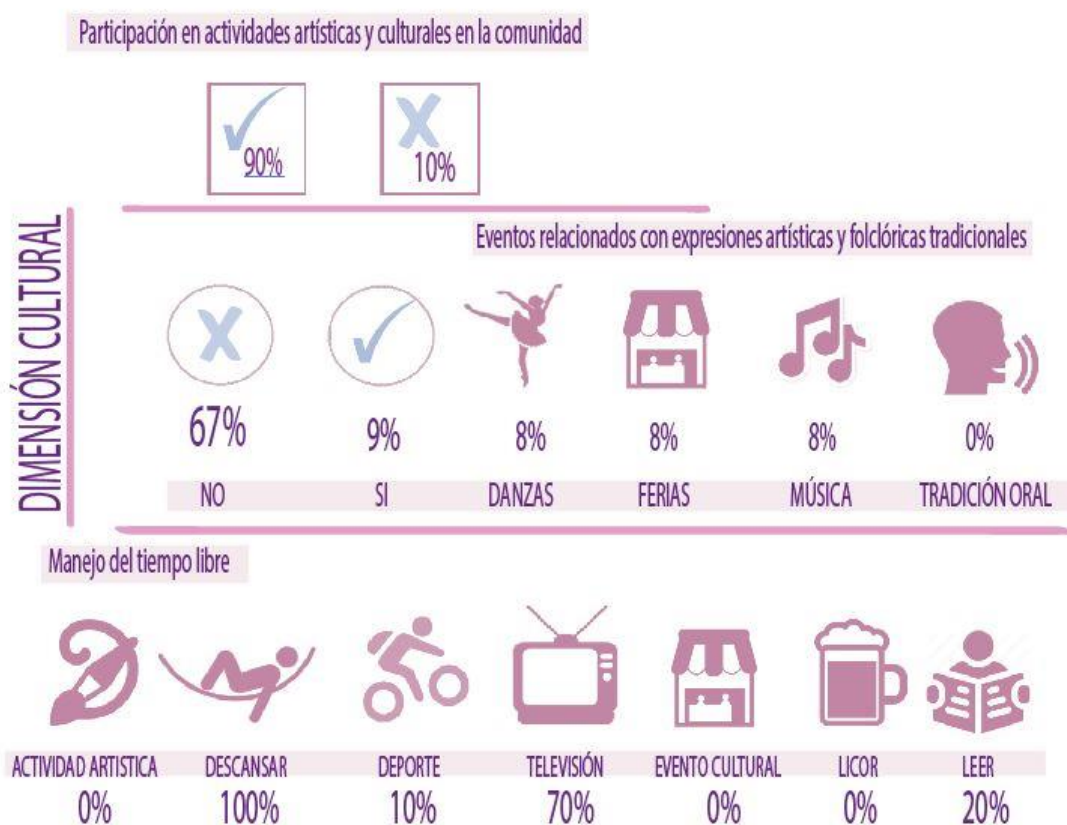


Figura 31. Dimensión cultural de las víctimas de MAP en el departamento de Santander (Colombia)

7. Estadística descriptiva

Cabe resaltar que, para el desarrollo de este apartado de estadística descriptiva, sólo se tuvieron en cuenta las variables cuantitativas o numéricas, tales como: edad, edad al momento del accidente, año del accidente con MAP, número de hijos, número de hijos menores de edad, ingresos familiares, número de personas por habitación y número de camas por habitación, las cuales se catalogan como variables cuantitativas continuas.

Por lo anterior es de vital importancia definir las medidas a analizar, inicialmente se definirán las que se encuentran dentro del grupo de parámetros de centralización, también denominados de posición central:

La Moda: es el valor de la variable que tiene mayor frecuencia en la muestra, es decir, el que se repite más. La moda puede definirse para cualquier tipo de variables. También se puede hablar de moda local o secundaria, que sería cualquier valor más frecuente que sus adyacentes, es decir, con más frecuencia que la que tengan el anterior y el posterior, lo que requiere al menos orden en los datos. Para efectos de la presente investigación será relevante identificar la moda para la categoría ingresos familiares, por cuanto dará una idea de cuántos de los participantes reciben salarios menores a un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV).

La Mediana: es el valor que está en el centro de la distribución, es decir, el valor que supera a la mitad de los de la muestra y se ve superado por la otra mitad; se calcula buscando el valor de la muestra que ocupa el lugar $(n+1) / 2$, con los datos ordenados. La mediana no puede definirse para variables cualitativas puras, sino sólo para ordinales y cuantitativas, ya que necesita un orden en los datos. Para el análisis de las variables de este apartado, la mediana será una medida relevante en las categorías año del accidente, número de hijos, números de

hijos menores de edad, ingresos familiares, número de personas por habitación y número de camas por habitación, debido a que es menos sensible que la media a oscilaciones de los valores de la variable, además al no verse afectada por la dispersión es más representativa que la media aritmética cuando la población es heterogénea, como es el caso de las víctimas de MAP.

La Media: es el centro de gravedad de la distribución o fiel de la balanza entre todos los datos. Se calcula sumando los datos y dividiendo entre el tamaño de la muestra, esto es, entre el número de datos; por su propia naturaleza, la media sólo es definible para variables cuantitativas, ya que si no hay números no se puede sumar. Es la más importante de las medidas de centralización y, en general, de todos los parámetros estadísticos y al ser centro de gravedad tiene la propiedad de que se encuentran las diferencias de cada dato con ella (llamadas desviaciones). La suma de estas diferencias es siempre cero para cualquier distribución de cualquier variable, lo que resulta clave para la definición de las medidas de dispersión. Para las categorías objeto de estudio es indispensable esta medida, por cuanto contribuirá a identificar el punto de equilibrio o centro de masas.

Edad de las víctimas de MAP

Con relación al análisis de la variable *edad de las víctimas de MAP* entrevistadas, se devela que la Media -la cual corresponde al promedio de los valores de la muestra- es de 43 años; asimismo, con base en la figura 33, la Mediana es 39 años; el valor de la Moda -que representa el valor más frecuente- es de 42 años; la desviación estándar, la cual indica qué tan dispersos se encuentran los datos con respecto a la Media es de 13.

Edad

Media	42,875
-------	--------

	4,4818582
Error típico	72
Mediana	39
Moda	42
Desviación estándar	12,676609
Varianza de la muestra	160,69642
	86
	0,5500055
Curtosis	75
Coefficiente de asimetría	1,2702406
	5
Rango	35
Mínimo	32
Máximo	67
Suma	343
Cuenta	8

Figura 32. Análisis de estadística descriptiva de la variable edad

Edad al momento del accidente de las víctimas de MAP

El análisis estadístico de la variable *edad al momento del accidente de las víctimas de MAP*, según la figura 34, señala que el promedio de los valores de la muestra, lo cual corresponde a la Media es de 22 años, además la Mediana es de 18 años, la Moda, no aplica para el análisis

de la presente categoría, por cuanto no se identifica repitencia de edades al momento del accidente en los participantes sujetos de estudio.

<i>Edad al momento del accidente</i>	
Media	22,375
Error típico	3,167567228
Mediana	18,5
Moda	#N/A
Desviación estándar	8,959233067
Varianza de la muestra	80,26785714
Curtosis	1,986436305
Coefficiente de asimetría	1,473315565
Rango	27
Mínimo	14
Máximo	41
Suma	179
Cuenta	8

Figura 33. Análisis de Estadística descriptiva de la variable Edad al momento del accidente.

Año de ocurrencia del accidente con MAP

La variable *Año de ocurrencia del accidente con MAP*, muestra que la Media corresponde al año 1997, el cual registra Dirección Contra Minas como uno de los años con mayor registro de víctimas de MAP, la Mediana es el año 1999, la Moda, es el año 2001, año en el cual entra

en vigor la *Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción* en Colombia.

Año del Accidente con MAP

Media	1997,25
	2,8644994
Error típico	6
Mediana	1999
Moda	2001
	8,1020279
Desviación estándar	6
Varianza de la muestra	65,642857
	1
	1,0614233
Curtosis	9
	-
Coficiente de asimetría	0,6771635
	8
Rango	27
Mínimo	1982
Máximo	2009
Suma	15978
Cuenta	8

Figura 34. Análisis de Estadística descriptiva de la variable Año del accidente

Número de hijos que tienen los entrevistados

Con relación al análisis de la variable *número de hijos*, se observa que el promedio de los valores de la muestra es 2 hijos (Media), la Mediana es de 2, el valor de la Moda es de dos hijos; la Desviación estándar indica que la dispersión respecto a la Media es de 1.

<i>Número de Hijos</i>	
Media	2
	0,422577
Error típico	13
Mediana	2
Moda	2
	1,195228
Desviación estándar	61
Varianza de la muestra	1,428571
	43
Curtosis	0,812
Coefficiente de asimetría	0
Rango	4
Mínimo	0
Máximo	4
Suma	16

Cuenta 8

Figura 35. Análisis de Estadística descriptiva de la variable número de hijos

Número de hijos menores de edad que tienen los participantes

El análisis estadístico de la variable *Número de hijos menores de edad que tienen los participantes*, señala que el promedio de hijos menores de edad, según la muestra es 1,5, asimismo la Mediana es 1,5, la Moda, no aplica para el análisis de la presente categoría, debido a que no se identifica repitencia en el número de hijos menores de edad que tienen los participantes del estudio; la desviación estándar es de 1,5.

Número de hijos menores de edad

Media	1,5
	0,53452248
Error típico	4
Mediana	1,5
Moda	0
	1,51185789
Desviación estándar	2
	2,28571428
Varianza de la muestra	6
Curtosis	-0,9953125

	0,49607837
Coefficiente de asimetría	1
Rango	4
Mínimo	0
Máximo	4
Suma	12
Cuenta	8

Figura 36. Análisis de Estadística descriptiva de la variable número de hijos menores de edad

A partir del análisis de la variable *ingresos familiares*, se puede observar que la Media corresponde a menos de un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV), es decir, \$ 495.310, lo cual es de resaltar si retrocedemos a analizar la figura 36, en donde la Media señala que el número de hijos corresponde a 2, respecto a la Moda, es de resaltar que el valor que se repite es \$ 781.242, que corresponde a dos personas, de las cuales una trabaja en el sector privado y la otra en el ámbito público, los dos desarrollando actividades operativas.

Ingresos familiares

Media	495310,5
Error típico	79957,37635

Mediana	475000
Moda	781242
Desviación estándar	226153,6121
	5114545626
Varianza de la muestra	4
	-
Curtosis	1,542334167
Coefficiente de asimetría	0,111624524
Rango	581242
Mínimo	200000
Máximo	781242
Suma	3962484
Cuenta	8

Figura 37. Análisis de Estadística descriptiva de la variable ingresos familiares

El análisis de la variable *número de personas por habitación*, señala que la Media corresponde a 2 personas por habitación, la Media revela que el número de personas por habitación también es 2, finalmente la Moda es 2 personas. De lo anterior se infiere que no hay hacinamiento en las viviendas, teniendo en cuenta que estos datos están directamente relacionados con la figura 36, es decir que en promedio por cada habitación hay dos personas, teniendo en cuenta el número de hijos.

***Número de personas por
habitación***

Media	2
	0,267261
Error típico	24
Mediana	2
Moda	2
	0,755928
Desviación estándar	95
Varianza de la muestra	0,571428
	57
Curtosis	-0,7
Coefficiente de asimetría	0
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3
Suma	16
Cuenta	8

Figura 38. Análisis de Estadística descriptiva de la variable número de personas por habitación.

7.1.Organización de datos

Distribución de Frecuencias

La distribución de frecuencia es una disposición tabular de datos estadísticos, ordenados ascendente o descendientemente, de acuerdo con la frecuencia de cada dato. Las frecuencias pueden ser:

Frecuencia absoluta (fi): es el número de veces que se repite un determinado valor de la variable (xi). Se designa por fi.

Frecuencia acumulada (fi): las frecuencias acumuladas de una distribución de frecuencias son aquellas que se obtienen de las sumas sucesivas de fi que integran cada una de las filas de una distribución de frecuencia, esto se logra cuando la acumulación de las frecuencias se realiza tomando en cuenta la primera fila hasta alcanzar la última. Las frecuencias acumuladas se designan con las letras Fi. Se calcula:

$$F_i = \sum_{j=1}^i f_j = F_{i-1} + f_i$$

Frecuencia relativa (hi): es aquella que resulta de dividir cada una de las frecuencias absolutas entre el número total de datos. Las frecuencias relativas se designan con las letras hi. Se calcula,

$$h_i = \frac{f_i}{n}$$

Frecuencia relativa acumulada (Hi): es aquella que resulta de dividir cada una de las frecuencias acumuladas entre número total de datos. Se designa con las letras Hi. Se calcula;

$$H_i = \frac{F_i}{n}$$

Clase o Intervalo de clase: son divisiones o categorías en las cuales se agrupan un conjunto de datos ordenados con características comunes. Para organizar los valores de la serie de datos hay que determinar un número de clases que sea conveniente. En otras palabras, que ese

número de intervalos no origine un número pequeño de clases ni muy grande. Un número de clases pequeño puede ocultar la naturaleza natural de los datos y un número muy alto puede provocar demasiados detalles como para observar alguna información de gran utilidad en la investigación. A las fronteras del intervalo, la llamaremos, límites inferior y superior de la clase y los denotaremos por $Li-1$, Li .

Amplitud, Longitud o Tamaño del Intervalo: los intervalos de clases pueden ser de tres tipos: Clases de igual tamaño, clases de tamaños desiguales y clases abiertas. En términos generales, las clases de igual tamaño son los más utilizados y recomendados para los cálculos estadísticos. Se designa por las letras lc .

Gráficos para variables continuas

Histograma: es la representación gráfica de las frecuencias agrupadas de una variable continua sobre intervalos. A diferencia de los diagramas de barras, los histogramas dibujan rectángulos unidos entre sí, lo que significa que existe continuidad en la variable cuyos valores se representan en el eje horizontal que se haya dividido en intervalos de igual amplitud. Las áreas de los rectángulos son proporcionales a las frecuencias que representan.

El histograma o diagrama de barras proporcionan mucha información respecto a la estructura de los datos, nos permite evidenciar fundamentalmente tres características:

- Forma de la distribución.
- Acumulación o tendencia posicional (valor central de la distribución).
- Dispersión o variabilidad.

A continuación, se realizará el análisis de histogramas y polígonos de frecuencias de las categorías edad actual de los participantes, edad al momento del accidente con MAP, año del accidente, ingresos familiares.

7.1.1. Histogramas y polígonos de frecuencias

7.1.1.1. Histograma y polígono de frecuencia: edad actual de los participantes. Según la figura 40, el punto más alto en el histograma y polígono de frecuencia se encuentra en el intervalo de 32 a 40 años, es decir, de la muestra las clases se encuentran en ese intervalo. En el intervalo entre 48 a 57 años no hay ninguna persona, de 57 a 67 años encontramos otro pico alto. Aunque la media es de 46, el histograma ayuda a visualizar en cuáles intervalos se encuentra la muestra de manera más clara.

Es de resaltar que el accidente más reciente se presentó en el año 2009, por tanto las personas que se encuentran en el intervalo de 57 a 67 años presentaron el accidente con MAP en los años 1982 y 1992, es decir, hace más de treinta años, a la fecha por sus edades se configuran como adultos mayores, por tanto presentan problemas de abandono por parte de sus hijos, por parte del Estado al no contar con prestaciones sociales, sin posibilidades de vincularse laboralmente, por las aristas que ellos mencionan (edad, discapacidad), las cuales dificultan la posibilidad de encontrar un empleo formal.

Asimismo, debido a la edad, tres de los participantes que son adultos mayores, cuentan con dificultades para desplazarse, debido a que la prótesis, que se configura en un instrumento médico protésico que proporciona un apoyo para la funcionalidad de los sobrevivientes de MAP, por el estado de deterioro en que se encuentra representa una limitante para estos participantes. Uno de ellos debe subir alrededor de 150 escaleras para llegar a su lugar de residencia, y manifiesta que debe hacer este ejercicio entre tres y cuatro veces al día, por el estado en que se encuentra el pie de la prótesis, le está generando dolor en su rodilla izquierda y según diagnóstico de la profesional en físico terapia, a mediano plazo empezará a sentir molestia en la columna, lo anterior para resaltar que la prótesis tiene una relación íntima con la edad, por cuando si los participantes cuentan con una prótesis idónea, esta le proporcionará un mejoramiento de su calidad de vida, un mayor bienestar y buen desarrollo en sus actividades

cotidianas, de otra parte si esta se encuentra en condiciones de deterioro, genera barreras en la funcionalidad de la persona.

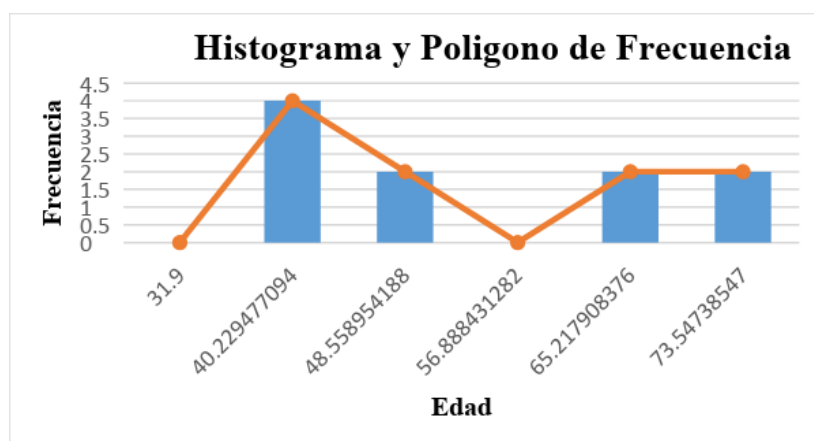


Figura 39. Histograma y polígono de frecuencia: edad actual de los participantes

7.1.1.2. Histograma y polígono de frecuencia: edad al momento del accidente de los participantes. Según la figura 41, el histograma y polígono de frecuencia muestra que existen dos picos altos, uno de estos se encuentra entre los 14 y 20 años, el cual es el pico más alto, el otro está entre los 39 y 46 años. Es de resaltar que cuatro de los participantes eran adolescentes al momento del accidente con MAP, según Dirección contra Minas, como se devela en la figura 41, se han registrado a corte de marzo de 2018, 32 casos de accidente con MAP en niños, niñas y adolescentes.

Según relatos de los participantes, uno de ellos iba caminando, encontró el artefacto, lo manipuló, por cuanto no tenía conocimiento que se trataba de un artefacto explosivo. Las secuelas no sólo a nivel físico, también psicosocial dejan una huella en los niños, niñas y adolescentes, debido a que la configuración de su proyecto de vida debe adaptarse a la nueva condición física, con el acompañamiento psicosocial, y según relatos de los participantes, no hubo tal acompañamiento en su proceso de adaptación a la nueva situación.

De otra parte, para una de las participantes, al momento del accidente tenía seis hijos menores de edad, lo cual conllevó a que se desplazaran del territorio dejando sus pertenencias y los terrenos donde residía, junto con el ganado y demás animales de su pertenencia, esto generó cambios no sólo en la vida de la participante O09, también en la de sus hijos, por cuanto ella era viuda en ese momento, producto de la desaparición forzada por parte de un grupo armado no estatal a su esposo.

Por lo anterior, el ciclo vital en que se encontraba la persona al momento del accidente tiene un impacto significativo en la reconfiguración de su proyecto de vida y la forma en cómo se afronta la nueva condición, no sólo para las víctimas directas, sino también para las indirectas, que en este caso particular son los hijos y la familia.

Característica	Número de víctimas
Víctimas civiles	150
Víctimas fuerza pública	138
Víctimas femeninas	23
Víctimas masculinas	262
Víctimas heridas	234
Víctimas muertas	54
Víctimas mayores de 18 años	256
Víctimas menores de 18 años	32

Total, víctimas	288
-----------------	-----

Figura 40. Características y número de víctimas en el departamento de Santander a corte de marzo de 2018

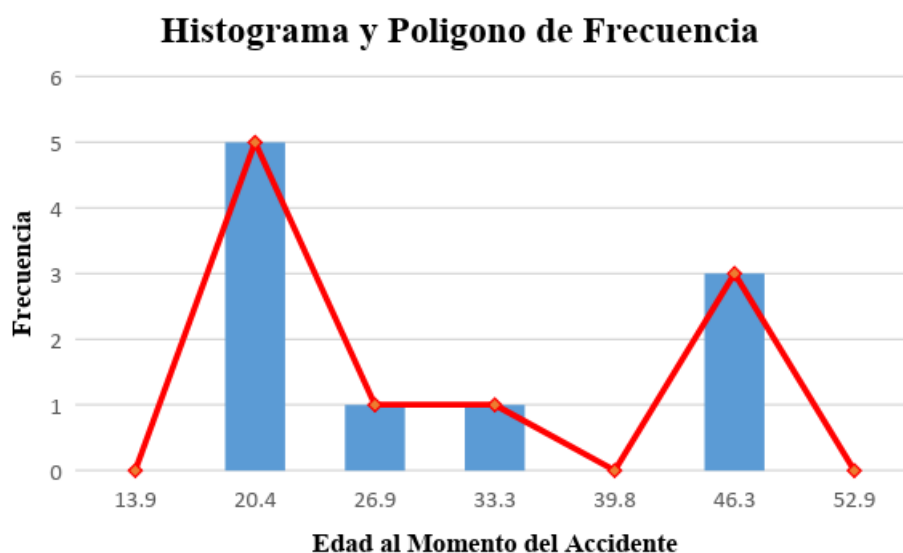


Figura 41. Histograma y polígono de frecuencia: edad al momento del accidente de los participantes

7.1.1.3. Histograma y polígono de frecuencia: año del accidente con MAP de los participantes. Según el informe por departamentos publicado por el Observatorio de Minas (2018), desde 1990 hasta el 1 de mayo de 2006 la región del Magdalena Medio santandereano presenta los más altos índices de víctimas por MAP. Los municipios de Sabana de Torres, Puerto Wilches, Barrancabermeja, Puerto Parra, Cimitarra, San Vicente de Chucurí y El Carmen, según el Observatorio de Minas registran un total de 314 casos desde 1990 hasta el 1 de mayo de 2006 en esta zona. Siendo 2002 el año donde se elevan los índices de víctimas de MAP (Dirección contra Minas, 2017).

De otra parte, conforme a la Ley 1448 de 2011, se consideran víctimas, “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”.

El año que comprende la ley para configurar a una persona como víctima es a partir de 1985, según la figura 43, el histograma y polígono de frecuencia muestra que el pico más alto relacionado con el año en que ocurrió el accidente con MAP, es entre 1982 y 2002, lo cual coincide con los datos de Dirección contra Minas, dejando fuera varios de los participantes que tuvieron el accidente en 1982, lo cual deja un interrogante en el periodo que comprende la ley para definir a las víctimas, fundamentalmente en lo que se refiere a reparación, pues esta misma ley plantea medidas de reparación, pasando por la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición. En el desarrollo de la presente investigación el primer accidente registrado data del año 1982 y el más reciente en el año 2009.

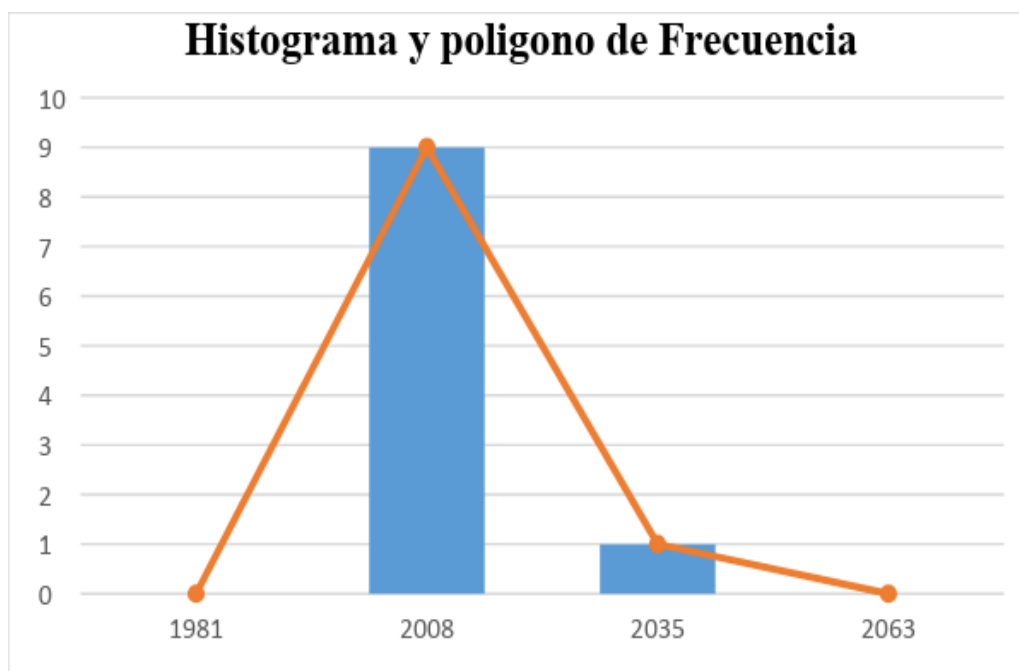


Figura 42. Histograma y polígono de frecuencia: año del accidente con MAP de los participantes



Figura 43. Año de ocurrencia del accidente

7.1.1.4. Histograma y polígono de frecuencia: ingresos familiares de los participantes.

Según la figura 45, el histograma tiene el pico más alto entre \$334.000 y \$468.000, el promedio de ingresos de los participantes se encuentra en \$476.000. El salario mínimo en Colombia es de \$781.242, es decir el promedio de ingresos de los participantes se encuentra por debajo del salario mínimo, en algunos casos los ingresos mensuales son de \$0.0, en el caso particular del participante C08, sus hijos ya no residen con él y no lo apoyan económicamente para suplir sus necesidades básicas y las de su esposa, él es un líder social que como lo manifiesta “vivo de la caridad de las personas”.

Según los resultados de la caracterización de los participantes, el 50% de ellos se dedican a labores agrícolas en fincas, el 40% a otras actividades informales, es decir, el 90% de ellos cuenta con un empleo no formal, asimismo, es de resaltar que en un 85% de los casos sólo una persona aporta económicamente a los gastos del hogar, siendo el hombre el proveedor económico en estos casos. El 100% de los participantes invierten su dinero en alimentación, el 70% en pago de servicios públicos y arriendo. Por tanto, es congruente con lo anterior que, los participantes, debido a que invierten sus ingresos en suplir sus necesidades básicas no empleen el dinero en realizar actividades lúdicas, recreativas y de esparcimiento, el 100% de ellos emplean su tiempo libre en descansar y un 70% en dormir.

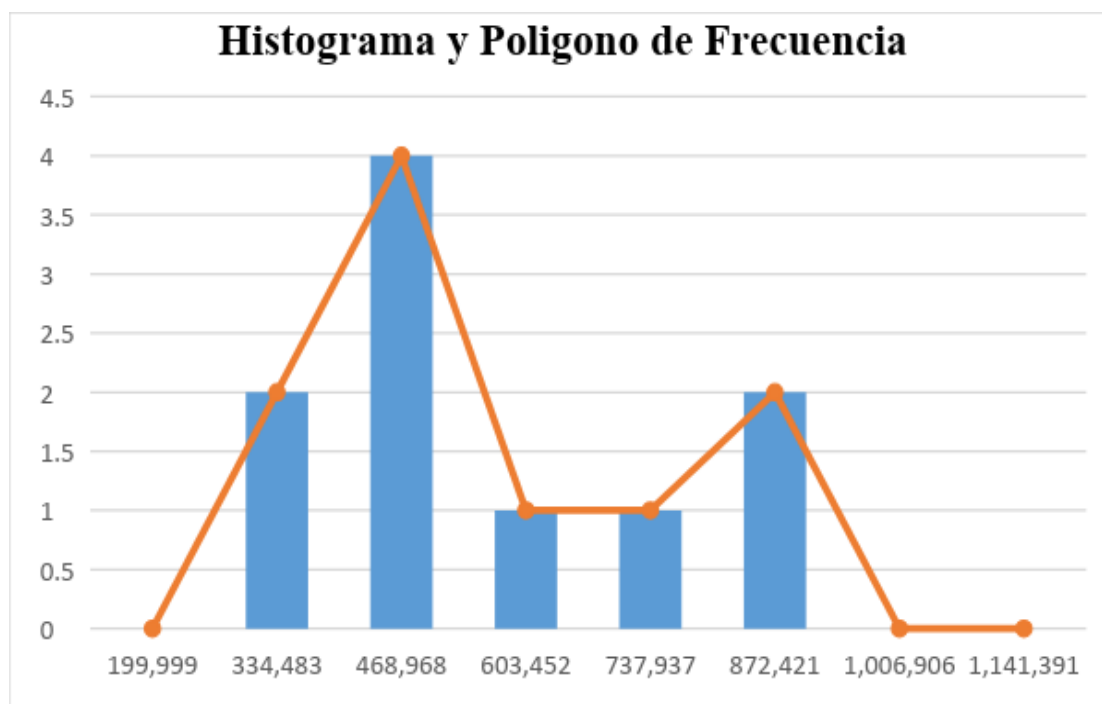


Figura 44. Histograma y polígono de frecuencia: ingresos familiares de los participantes

7.2.Resultados: momento cualitativo.

En este apartado se procesa la información de acuerdo con el marco metodológico señalado en la investigación. El análisis de contenido y la categorización da como resultados las categorías emergentes, que permiten el diseño de estrategias de RBC orientadas a víctimas de MAP. El autor Pérez (2001) señala:

“Es conveniente tener en cuenta que en la metodología cualitativa, el análisis de los datos no se atiene a unas directrices fijas y concretas, pudiendo existir diversos enfoques, perspectivas y orientaciones; las verdaderas categorías que conceptualizan la realidad del estudio, emergen de la recolección de datos de los informantes, al realizar el proceso de "categorización" y durante los procesos de "contrastación" y de "teorización", es decir, cuando se analicen, relacionen, comparen y contrasten las categoría.” (p. 273).

El análisis de la información en este estudio estuvo dirigido a identificar lineamientos desde las experiencias vividas y sentidas de los participantes, apoyados en la revisión de literatura en el diseño de estrategias de RBC.

7.2.1. Categorización. La categorización parte de la clasificación y organización de los datos recolectados desde la integración de lo observado, las transcripciones de las entrevistas realizadas a los participantes (víctimas de MAP) y los documentos de revisión. Se entiende por categorización lo definido por Elliot (1990) como la elaboración y distinción de tópicos a partir de lo que se recoge, se organiza y se le otorga significado, en un proceso recopilatorio emergente que surge en el levantamiento de referenciales significativos mediante la propia indagación, hacia la consolidación de “conceptos sensibilizadores.

El procesar y organizar la información en tópicos epistémicos y contextualizados desde un problema real, se constituyen en componentes reveladores de un buen proceso de categorización que asegura la investigación. Es por ello, que el procedimiento práctico en el que se efectuó la categorización del presente estudio se basó en las fases de Martínez (2011):

- Se transcriben detalladamente todos los contenidos de las entrevistas realizadas en campo.
- Se dividen los contenidos en porciones o unidades temáticas.
- Se clasifica, conceptualiza o codifica mediante un término que sea claro e inequívoco, la idea central de las unidades temáticas. Este proceso se realizó mediante el software para investigación cualitativa *Nvivo*®, el cual se emplea para evaluar, interpretar y explicar fenómenos sociales.

La presentación de los resultados de la investigación se da a partir de relacionar fragmentos de diferentes conversaciones que permiten dilucidar o ejemplificar las apreciaciones y

reflexiones que se van realizando en el proceso de construcción de esas categorías como tradicionalmente se realiza en las investigaciones de carácter cualitativo. Las categorías o nodos establecidos por el Software *Nvivo*® se relacionan en la figura 46.

Nodo 1	Significado del territorio
Nodo 2	Relato del accidente
Nodo 3	Propuesta desde las experiencias vividas y sentidas de las víctimas de MAP
Nodo 4	Percepción corporal
Nodo 5	Reparaciones
Nodo 6	Resiliencia
Nodo 7	Prótesis
Nodo 8	Red social de apoyo

Figura 45. Listado de nodos utilizados en el software *Nvivo*®

De esta manera, las afirmaciones narrativas que soportan los nodos o categorías, se construyeron a partir de las entrevistas, en concordancia con la fidelidad posible de mantener las frases tal como expresó el participante; sin embargo, en oportunidades se realizó la intervención temporal en los relatos, de tal manera que se consolidó la interpretación de las historias vividas de forma organizada, clara, y sólo con el objetivo de resguardar la identidad de los entrevistados: S01, M02, H03, A04, I05, W06, E07, C08, O09, L10.

Asimismo, el sistema de categorización construido (véase la figura 47), cumple con los criterios propuestos por Galeano (2004) quien establece:

- Exhaustividad: Porque cubre todas las unidades diferenciadas de los datos; exclusión mutua, cada unidad se incluye en una sola categoría.
- Complementariedad: Porque las categorías están en coherencia con el objeto de estudio y la metodología propuesta; además de establecer relación con la realidad del fenómeno.
- Objetividad: Porque las categorías son inteligibles para cada uno de los codificadores.
- Especificidad: Porque cada categoría define una unidad temática.
- Relevancia: Porque el sistema categorial contempla las posibilidades o alternativas de variación.

Categoría	Subcategoría
Reparaciones	<ul style="list-style-type: none"> ● Régimen militar ● Administrativas
Rehabilitación y adaptación	<ul style="list-style-type: none"> ● Proceso de rehabilitación ● Proceso de integración laboral

	<ul style="list-style-type: none">● Miembro fantasma● Intervención psicosocial en el proceso de rehabilitación● Adaptación a la nueva condición
Red Social de Apoyo	<ul style="list-style-type: none">● Red primaria● Red secundaria● Red terciaria
Prótesis	<ul style="list-style-type: none">● Significado de la prótesis● Proceso en la EPS● Proceso de obtención de la prótesis● Proceso de cambio de prótesis

Significado del territorio	Sin subcategoría
Propuestas desde las experiencias vividas y sentidas de los participantes	Sin subcategoría
Percepción corporal	Sin subcategoría

Figura 46. Categorías emergentes

7.2.2. Triangulación de la Información. El proceso de triangulación de la información se realizó una vez concluido el trabajo de recopilación de datos y la definición de las categorías emergentes. Según el autor Cisterna, se define la triangulación como la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio, surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación (2005; p.68).

Dentro de este proceso de categorización, interpretación y contrastación de la información, se consolida un panorama global, exhaustivo y detallado de cada categoría emergente, a partir de:

- La realidad, en la que se encuentran las víctimas de MAP.
- La teoría, desde los referentes conceptuales que construyen las vías de profundización hacia la comprensión del objeto de estudio y el diseño de las estrategias de rehabilitación desde la metodología RBC.
- Observación – Investigador, quien al situarse desde el horizonte histórico como portador de experiencias, prejuicios y saberes; les da sentido y significado a los resultados recopilados, organizándose en las categorías emergentes para una mejor expresión narrativa.

La validación de la información a través de la triangulación de datos permitió la confrontación de la teoría con los hallazgos y la posición del investigador frente a lo que emergió durante el proceso investigativo, dando paso a la consolidación de un material coherente que establece los resultados de la investigación.

7.2.2.1. Categoría 1: Reparaciones.

“...Nosotros ya completamos todo para la reparación, estamos en espera que el Estado nos pague, porque el Estado nos va a pagar a nosotros es con la plata de que el comandante de guerrilla entregó, le entregó al Estado”

En esta categoría se muestran los procesos que los participantes han efectuado en las instituciones gubernamentales para tener acceso a las reparaciones administrativas, para el caso de los actores civiles y militares. Además, se enunció la existencia de casos en los cuales los entrevistados desconocen sus derechos, fundamentalmente en el marco de la ley 1448 de 2011, en lo referente a las reparaciones integrales, las cuales contienen cinco componentes: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y medidas de no repetición, asimismo en lo referido al punto cinco del acuerdo de paz, relacionado con las víctimas y las medidas de reparación.

Los derechos de las víctimas del conflicto armado interno en Colombia son fundamentales, por tanto el Estado Colombiano tiene la obligación de garantizar estos derechos y plantear estrategias para reparar de manera integral a las víctimas del conflicto armado, en este contexto surge normatividad referida a esta temática, en el marco de la ley 1448 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*, se encuentran en las medidas de reparación integral la cual se hace efectiva a través de cinco componentes: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición; dentro de los principios generales consignados en la ley están la buena fe, progresividad, debido proceso, gradualidad, sostenibilidad, dignidad humana e igualdad.

Otro principio reseñado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentra consignado en el artículo 13 de esa normativa es el llamado “*enfoque diferencial*”, a través del cual se reconoce que existen personas con características particulares “*en razón a su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad*”, motivo por el cual las medidas de atención humanitaria y de reparación integral deberán ser desarrolladas con el fin de evitar la discriminación y la marginación (Ley 1448, 2011).

En el contexto del componente de indemnización contemplado en la ley 1448 de 2011, se encuentran las reparaciones administrativas para actores civiles, los actores militares hacen parte de un régimen diferencial que se contempla bajo los lineamientos castrenses. El participante H03, manifestó en su relato “*...porque ya, pero es que nosotros ya completamos todo para la reparación, estamos en espera que el Estado nos pague, porque el Estado nos va a pagar a nosotros es con la plata de que el comandante de guerrilla entregó, le entregó al Estado, aparentemente, yo, yo tuve dos versiones con él , y en una versión, el fiscal adelante mío le preguntó qué cuánta plata, porque él dijo que él me reparaba, que él me pagaba todos los daños, psicológicos morales físicos y, y... y que, y económicos...*”, este participante según

sus relatos, lleva más de tres años en proceso de espera de la reparación y expresó que no tiene conocimiento en qué instancia se encuentra su caso.

Lo anterior devela los extensos períodos que deben afrontar las víctimas para acceder a las indemnizaciones administrativas, dado que el accidente de este participante acaeció en el año 2002, además de las afectaciones que puede generar para las víctimas encontrarse después un tiempo considerable con los victimarios a que reconozcan el hecho perpetrado, al participante se le indagó si durante este proceso tuvo acompañamiento desde el componente psicosocial, manifestando que no, lo cual debe ser un componente que debe ir integrado de manera transversal al proceso, por lo anterior desde lo que comprende la reparación se encuentra la rehabilitación a las víctimas, en donde se encuentra el componente psicosocial, es decir, que en el caso en particular de este participante no se cumplió el protocolo de acompañamiento, tal como lo enuncia la ley 1448 de 2011.

De otra parte, el participante S01, respecto de su proceso de indemnización relató *“ellos me hicieron todo el proceso para que me dieran la plata, como uno es del ejército, allá se tiene unos montos por la pérdida que se tenga en el accidente, con esa plata yo me compré el apartamento y quedé con una pensión de un salario mínimo”*, el entrevistado S01 pertenece al régimen militar, lo cual contrasta con el relato del participante H03, quien es un actor civil, es decir, en los procesos de reparaciones administrativas para los integrantes de las fuerzas armadas, los procesos para acceder a dichas indemnizaciones son más rápidos y eficaces.

Los participantes que no se mencionan en el análisis de la presente categoría, manifestaron no haber iniciado un proceso para acceder a una indemnización administrativa producto del accidente con MAP, por desconocimiento a la ruta que debían seguir para ser reparados, otros manifestaron no tener conocimiento de sus derechos, como la participante O09, *“...yo no conozco mis derechos, uno que va a saber qué es eso...”*. Lo anterior, plantea desafíos para socializar con las víctimas de MAP, las rutas de atención, y los derechos que tienen en el marco

de la ley 1448 de 2011, también el reconocimiento de sus derechos e identificar los vulnerados en el marco de los hechos acaecidos, a partir del accidente con MAP.

7.2.2.2. Categoría 2: Rehabilitación y adaptación

“...La rehabilitación, pues... si yo he tenido, ha sido personalmente mío en el mismo campo con la gente, que me han dado consejos, de aquello esto y lo otro y así...”

En esta categoría se analizan los procesos de rehabilitación y adaptación, lo anterior contiene la rehabilitación física y psicológica, el proceso de integración laboral, aspectos desde afrontar la nueva condición y adaptación a patologías como la del síndrome del miembro fantasma, acompañamiento desde el componente psicosocial en los procesos de rehabilitación.

Un porcentaje significativo de los participantes (70%) realizaron sus procesos de rehabilitación con organismos de cooperación internacional como HANDICAP¹⁰, CICR, SIREC, otros en el HUS, por los años de ocurrencia del accidente que datan desde 1982 hasta 2009, algunos organismos supranacionales como HANDICAP ya no se encuentran en el país, en entrevista con la responsable regional del componente de Salud del CICR en el municipio de Bucaramanga (entrevista realizada en abril de 2018), se corroboró que el acompañamiento de esta institución ha sido permanente a través del tiempo a las víctimas, también el de SIREC, los participantes que han hecho parte de sus procesos la remiten como una institución que ha

¹⁰ “HANDICAP International es una organización no gubernamental, reconocida en más de 60 países por su trayectoria en la prevención, apoyo y respaldo a las personas con discapacidad, víctimas de la violencia armada y de desastres. HANDICAP Internacional tiene presencia en Colombia desde 1998 y trabaja en acciones que permiten a las personas con discapacidad acceder a sus derechos, y brinda atención a la población vulnerable víctima de la violencia armada desde los siguientes ejes: Inserción socioeconómica; apoyo a asociaciones de personas con discapacidad; rehabilitación funcional y proyectos de protección” (Dirección Contra Minas, 2018).

realizado con ellos una rehabilitación holística, por cuanto han integrado los componentes psicosocial, de rehabilitación física y técnicos en sus procesos.

No obstante, no todos los entrevistados tuvieron la oportunidad de realizar el proceso de rehabilitación después del accidente con MAP, bajo el direccionamiento de una institución, para algunos el panorama no fue tan alentador, es el caso del participante A04, manifiesta “...de por sí, eh, después de que yo tuve el accidente después de eso, como los tres, cuatro meses que dure yo en la casa con mi mamá, mis hermanos, yo me fui otra vez, me fui para una finca de un conocido, y pues, allá no tenía familia, y allá fue donde ya, comencé yo a rehabilitarme con ellos mismos, hasta inclusive yo allá me hice una prótesis de madera y... y a mí nadie me enseñó a manejarla hasta que yo mismo, por ahí uno que otro, me caía o algo así, y ya cuando me dieron la primer prótesis no me dificultó, para nada, para nada, para, mover, moverme con ella...”, es decir, que ante la falta de apoyo por parte de una ONG o institución gubernamental, tuvo que fabricar una prótesis de madera, bajo la supervisión de un compañero que también utilizaba una prótesis no convencional.

El entrevistado A04, aprendió a movilizarse con esta prótesis por ensayo y error, relató que fue después de varias caídas y golpes, que era muy pesada y le tallaba el muñón, por cuanto contaba con la ergonomía de fabricación que tiene los elementos médico protésicos convencionales. Este participante utilizó dicha prótesis durante 14 años, pues su accidente ocurrió en 1994 y sólo hasta el 2008 recibió por medio de la IPS a la que pertenecía la prótesis convencional, el participante manifiesta que durante el proceso de adaptación al nuevo elemento protésico no tuvo acompañamiento, “si ya tenía, más o menos experiencia con, con la madera de, ¿sí? con la prótesis de madera, entonces, el único proceso que hice yo de, de, para ensayar esa prótesis fue, como tres o cuatro días, me ponían a mi póngale unos 10 ó 15 minutos a andar con la prótesis y ya, esa fue toda la rehabilitación que tuve yo para poder manejar esa prótesis”.

Para el participante M02, el proceso de rehabilitación también fue autónomo, y la obtención de la prótesis fue con recursos propios, producto de los ahorros familiares, “... *no yo, primero que todo yo luche mucho porque, ande mucho con muletas, ¡huy harto! y eso yo me cansaba, yo le dije a mi papá, yo no soy capaz de esto, y él dijo, busquemos una manera de, de hacer una, de conseguir una prótesis, entonces yo, hable en Bucaramanga, busque, di donde el señor que las hacía, eso las hacían de un material de, un material pesadísimo, un material (balbuceo), e inclusive, yo me parece que tengo una allá todavía, una prótesis de esa, por allá está guardada, y... y ahí, fue, yo mismo, me entrené para, para poder andar, ahí en mi casa...*”, M02, no tuvo acompañamiento de ninguna índole durante su proceso de rehabilitación, afrontando las etapas del duelo por sí mismo, tal como lo expresa “...*yo no pensaba vivir... yo gracias a mi papá y a mi mamá que me dieron el valor, y a mi familia, pero yo no quería más...*”.

Un aspecto por resaltar es que, organismos de cooperación internacional que han brindaron apoyo en los procesos de rehabilitación a los entrevistados, sólo SIREC, proporcionó acompañamiento psicosocial, los demás tuvieron acompañamiento desde el componente físico y técnico en lo que referente al confort del elemento médico protésico, lo cual plantea interrogantes en cuanto a superaciones de duelos, como lo define Meza *et. Al* (2008), en su trabajo titulado: *el proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*, el duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Meza *et. al*, 2008), T11 manifestó ante la pérdida de MI “...*obvio que pues arrancando uno pues espiritualmente, porque de todas maneras esto es un duelo, perder usted un miembro es un duelo, como perder un familiar...*”.

En este proceso se pasa por etapas, la primera denominada *el inicio o primera etapa*, caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, la primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado, como lo manifiesta el participante E07 “...entonces pues yo le dije, le dije al man, pues la verdad es que, le dije hermano si usted está muy toreado y ve en las condiciones que yo estoy, le dije, y, y como el man llevaba un revólver en la mano, pues y le dije al man con ese dolor que tenía y todo desesperado, hermano si la verdad es que no me quiere ayudar y usted me quiere matar aquí acábame de matar hermano, le dije si, si eso es lo que usted quiere, si ve que es lo mejor para usted, entonces hágalo...”, este relato plasma la mezcla de sensaciones que se entretienen en una situación de la magnitud de un accidente con MAP, las personas quedan en choque emocional ante la respuesta a este tipo de eventos traumáticos.

La siguiente etapa es la central, la cual Meza et. al (2008), la definen como el núcleo mismo del duelo; se diferencia por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración, en esta etapa los participantes describieron que no le veían sentido a la vida, como T11 manifiesta “...a mí me reiniciaron, igual al año, al año de tener la discapacidad, yo estaba dando mucha lora, que no quería vivir, que no quería comer, que no quería una cosa, que no quería otra..”, I05, expresó “...y yo me tenía que ir en muletas, todos los días, a mí se me rompían las manos acá, acá por debajo de las axilas se me rompía... pero yo, como que del mismo dolor me hice, como que me desquitaba con yo mismo y ya, o sea yo, muy duro, me dio muchísimo duró hasta los 18 años...”, estos relatos enmarcan los sentimientos de dolor y desarraigo, de los participantes en esta etapa del duelo.

En esta etapa, producto de la adaptación a nuevos cambios fisionómicos, aparece el síndrome del miembro fantasma, el cual lo define López et al. (2006), en su estudio *dolor de miembro fantasma*, como una sensación que han experimentado todos los pacientes amputados,

el síndrome del miembro fantasma es la sensación que tiene el paciente amputado de pérdida de un miembro, las sensaciones pueden aparecer después de la amputación o de manera tardía, los participantes lo definen como “...eso del miembro fantasma si es algo tremendo, es algo, una cosa, pero espantosa...”, “...pero eso es algo, es algo que yo, tras de que me dieron muchísimas terapias con psicología, pero es algo que yo me impacientaba porque yo decía, ahí no está, yo me miraba mucho, pero el cerebro, seguía yo sintiendo la pierna ahí, es algo tremendo...” I05. El 100% de los participantes manifestaron haber sentido el síndrome del miembro fantasma, resaltando que en primera instancia seguían sintiendo la sensación del miembro, y al dar el paso se caían, en otras circunstancias aparecía el dolor del miembro fantasma, “...y eso él lloraba porque él, por ejemplo, le servían la comida y nos sentaban a comer y él, mandaba el mocho a coger la cuchara, y él se ponía a llorar...” I05.

“...Es que prácticamente yo diario, yo siento mí, yo me siento completo, yo siento los dedos, yo siento el pie, todo...”.

Según Meza *et. al* (2008), en la etapa final se da el periodo de restablecimiento, comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos, como fue el caso del participante T11 “...y me dijo otras palabras que a mí no se me olvidan, fue una jefe de enfermería, me dijo, la vida no es el mundo que uno respira, sino vivir cada día, aquellos momentos que le quitan a uno el aliento, a uno le quita el aliento una comida, ir a cine, ver a alguien, no solo el sexo le quita a uno el aliento, un buen beso, todo eso le quita a uno el aliento, y eso va para bien, y hay que vivir día a día, lo que le vaya tocando a uno, entonces a mi esa mujer me movió mucho y yo decía, no yo estoy bien, para otros, estoy bien, porque yo me puedo parar, yo quiero ir al baño, pues me paro, me subo a la silla, voy al baño, como un cuadripléjico...”, I05, relató “...a mí no me gusta que me miran con tristeza (suspiro) porque yo digo que cualquier persona no se le mide a un reto de esos de usted estar amputado y volver a estar, tratar de hacer la vida normal, porque

uno no queda normal, uno ya depende de una prótesis que se dañó que le duele que le talla, entonces uno ya no tiene una vida normal como otra persona, aunque uno trata de hacerla normal...”, con base en los relatos de los entrevistados se identifica que un porcentaje significativo llegaron a esta etapa de manera autónoma, es decir, sin el direccionamiento de un profesional en el área psicosocial, teniendo que afrontar sentimientos de tristeza y abandono, lo cual generó en el caso del participante A04, “...yo cuando tuve el accidente, ya como a los 8 meses, quedé sin mujer...”, la separación, debido al no acompañamiento por parte de un equipo psicosocial, que le apoyará en sus procesos de duelo, “...en el momento que uno tiene un accidente, uno necesita un apoyo de alguien, o sea que lo esté apoyando, y no la tiene uno se siente mal, de todo...”.

Con base en los relatos expuestos, se hace necesario el componente psicosocial en los procesos de rehabilitación, por cuanto sólo se abordó en el caso de un alto porcentaje de los entrevistados acompañamiento desde el manejo de la prótesis, dejando de lado los procesos desde el área de fisioterapia en cuanto a posturas y utilización del elemento médico protésico, los participantes reconocen la importancia de la presencia de este componente, en el caso de H03, “...no yo, yo he tenido, psicóloga, a mí no me han atendido psicólogos, pero ya como al año de haber sufrido el accidente, y eso porque a yo me toco ponerme a pelear todo eso...”.

El desarrollar un proceso de superación de duelos adecuados, genera que la adaptación a la nueva condición se facilite en aspectos relacionados con la percepción corporal, integración laboral desde la proyección de las diversidades funcionales de cada persona, en el presente estudio se tuvo la participación de dos participantes que, al momento del accidente eran menores de 18 años, los cuales tuvieron acompañamiento desde el componente psicosocial, el entrevistado W06 por un periodo más corto que el participante I05, lo cual al momento de realizar el análisis discursivo, puso de manifiesto que W06 aún no acepta que tuvo cambios a partir del accidente que limitan su movilidad y la reconfiguración del proyecto de vida.

En el caso de I05, expresa “...lo más duro que me dio fue psicológicamente, porque yo estaba en una edad donde tenía trece años, el mayor anhelo mío era ir al ejército, ese era el mayor anhelo mío que yo tenía, desde que yo me acuerdo que tuviera uso de razón, yo el sueño más grande era ir al ejército, y eso fue lo que me marcó a mi muchísimo, yo lloraba y lloraba y lloraba porque yo, yo decía, yo no puedo ir al ejército así, lo otro que me, marcó mucho, era que a mí me gustaba mucho jugar fútbol, pero era que me encantaba, y tampoco... ya por ahí estuve intentando, me caía, el estudio, yo estaba haciendo séptimo cuando me accidente, y la, el colegio quedaba a una hora, la escuela...”, es decir que desde temprana edad I05, tuvo que reconfigurar su proyecto de vida, las actividades que iba a realizar, en su proceso de rehabilitación relata que, sus padres tuvieron que apoyarlo con recursos familiares para desplazarse a Bucaramanga, lo cual llevó a que su familia vendiera sus propiedades, por cuanto al momento del accidente no sólo él, sino también su hermana tuvieron secuelas producto de la explosión.

Este participante por ser menor de 18 años debió tener un acompañamiento permanente por parte de las instituciones gubernamentales, es de resaltar que el accidente de I05 ocurrió en el año 2008, donde ya se habían adoptado protocolos y la ruta de atención a víctimas; sin embargo, sólo hasta el año 2006 se publica el lineamiento nacional para la asistencia integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP y MUSE. I05 no tuvo la oportunidad de terminar sus estudios de educación básica, tampoco de tener un trabajo formal, y ha tenido que costear con recursos propios las prótesis, teniendo que realizar arreglos manuales a esta.

El adquirir una discapacidad permanente lleva a las personas a reconfigurar su proyecto de vida, sus actividades diarias, a aprender y desaprender desde el quehacer cotidiano, replantear las actividades económicas, laborales, a reconfigurar roles en la familia, por tanto es fundamental plantear estrategias de innovación fundamentadas en metodologías que permitan al restablecimiento de las funciones físicas, mentales y ocupacionales de la población víctima

de MAP, desde redes institucionales, evaluando la oferta formativa y las características de las especialidades que promuevan la inserción y actualización de conocimientos y desarrollo de competencias de este segmento poblacional, por cuanto los participantes que remitieron apoyo por parte del Estado en lo relacionado con programas de formación académica o emprendimiento, en un 100% mencionan al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), en donde se capacita a la población víctima de MAP, pero no se genera el proceso de reintegración laboral, esta es una razón por la que otras personas no se vinculan a dichos programas.

Para los participantes el proceso de reintegración laboral no ha sido fácil, el 90% de los entrevistados en la presente investigación provienen del área rural y sus ocupaciones económicas están estrechamente relacionadas con actividades agrícolas antes y después del accidente, lo cual ha generado que el tiempo de funcionalidad de la prótesis se reduzca significativamente. En el caso de M02, derivado de la discapacidad, el mal estado de la prótesis y la edad, relata su experiencia desde el ámbito laboral, *“...ahorita en el campo está muy pesado para mí porque, ya estoy bregando mucho, estoy sufriendo mucho por el asunto de, la edad mía y... ya briego mucho...”*, *“...las empresas no lo reciben a uno... ya una empresa lo ve a uno así y ya no lo recibe a uno, pa' trabajar, inclusivamente (sic) por eso me toco venirme pa'l campo... porque yo estuve pasando papeles en una empresa y no...”*.

El participante I05 relató, *“...uno quisiera de que, como que nadie supiera que uno tiene eso, o sea que uno está como de esa manera, que esta discapacitado, y uno trata, yo le doy gracias a Dios que yo bueno, normal, bueno trabajo en el campo tampoco puedo echar es guadañadora... porque yo tengo unas escoliosis posturales del mal uso de la prótesis, y entonces tengo dos escoliosis musculares...”*, *“...yo administré una finca cuatro meses, y normal, yo trabaje normal ahí, y de pronto la señora supo de que yo era amputado y esa misma tarde me echo de la finca, dijo que no me podía dar trabajo, que me fuera, y que me fuera, me toco irme de la finca, porque yo era, se dio cuenta, le contaron de que yo tenía una prótesis,*

pero yo hasta el momento, ningún trabajo le había quedado mal, yo hacia el trabajo de cualquier otro que hubiera estado bien en ese instante...”, lo anterior refuerza los imaginarios social generados en torno a las personas en situación de discapacidad y el rendimiento laboral que pueden llegar a tener, en ocasiones por desconocimiento de parte de los empleadores.

6.2.2.3. Categoría 3: Red social de apoyo. “La red social es definida como un grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia”. (Silva, 2009, p. 215). De acuerdo con Mónica Chadi, las redes sociales son importantes en el desarrollo de los seres humanos, por cuanto somos seres que forjan su identidad y sus vínculos en los grupos en los que se interrelacionan. Chadi (2009), plantea tres tipos de redes sociales: primarias, secundarias y terciarias. Las primarias, se caracterizan por relaciones íntimas y significativas, como la familia y amigos. Las secundarias son “relaciones construidas en grupos recreativos, comunitarios, religiosos, laborales y educativos y por ultimo las redes institucionales, reflejan normas sociales, políticas y culturales, y poseen una estructura regida por jerarquías, normas explícitas e implícitas y roles definidos” (Silva, 2009).

Para los participantes contar con el apoyo de su red primaria desde el momento del accidente y durante el proceso de rehabilitación, ha sido vital, por cuanto se ha convertido en un apoyo emocional e instrumental, es de resaltar que en un 70% la tipología familiar de los participantes es nuclear, lo cual se manifiesta en la resiliencia de las familias para permanecer unidas, aún después de los desplazamientos forzados que han tenido que afrontar los participantes, para el caso de algunos de ellos, como A04, fue trascendental el apoyo de su red terciaria, debido a que sus amigos y vecinos le apoyaron en la adaptación a la nueva condición, I05 manifestó que pudo afrontar esta situación y construir una prótesis de madera, la cual la sostenía con una correa, para otros, fue fundamental el apoyo de la red terciaria, a través de las ONG, que fue

donde llevaron a cabo sus procesos de rehabilitación. A continuación, se expone el rol que tuvo cada red social de apoyo en el proceso de rehabilitación de los entrevistados.

Red primaria

Dado que los accidentes con MAP, acaecieron en el marco del conflicto, y estos artefactos explosivos eran utilizados como métodos de guerra, hubo actores armados no estatales que tenían presencia en los territorios en donde ocurrieron los hechos, (según relatos de los participantes), por tanto después del accidente, algunos de estos grupos ejercieron presión sobre las familias de los participantes para que no contaran los hechos, particularmente en los hechos registrados en el periodo comprendido entre los años 1982 y 2002, en donde aún no había claridad en la ruta de atención a víctimas de MAP.

En el caso de I05, se vivió un caso de represión a sus familiares, es de resaltar que I05, al momento del accidente era menor de 18 años, *“...en ese momento toco todo callado, porque nosotros caímos, yo caí en la mina el domingo, ehh mi hermana la que se fregó la columna, ella no fue al socorro, no la remitieron porque era un dolor, pero ella después se tomó placas, y se le corrió una vértebra, eh, la otra hermana si la llevaron al socorro conmigo en la misma ambulancia, le tomaron un poco de exámenes y esa semana como el lunes... la guerrilla se encontró con mi papa y le dijo que, mi papá se les puso bravo, porque uno se encontraba la guerrilla hasta aquí en Galán, entonces mi papá no sé qué les diría entonces le dijo, la guerrilla le dijo que si estaba muy adolorido, la guerrilla venia hasta aquí al hospital y me mataban entonces, pa' que dejara de, entonces ellos les toco calmados, mi papá casi se enloca, llorando, mi mamá tenía 15 días de mejorada de mi hermana la menor, entonces eso fue algo tremendísimo, mi mamá supo del accidente mío como a los dos meses...”*.

En el caso de I05 fue de vital importancia el acompañamiento de su red primaria, no sólo para él, también para sus hermanas que resultaron afectadas por la MAP, en este caso fueron tres hermanos los afectados, su padre tuvo que vender sus propiedades para costear el elemento

médico protésico de este participante. I05, manifiesta que, gracias al apoyo de su familia, después de un tiempo pudo afrontar la nueva condición, y afrontar las actividades cotidianas con ayuda de sus cuidadores, que para este caso particular fueron los progenitores del participante. Para el participante H03, “...mi esposa ha sido, fue el horcón... ella fue el horcón para yo poder salir adelante...”, lo anterior haciendo alusión a que su esposa fue un apoyo fundamental en el proceso de rehabilitación de él, el señor H03, no contaba con la compañía de sus padres o hermanos, por cuanto estos se encontraban en otros municipios, en este sentido, fue su esposa el apoyo realizar los procesos de trámites para la obtención de la prótesis y adaptación a la misma.

En otros casos como para S01, fue mejor no tener a su familia durante el proceso de rehabilitación, por cuanto el sentía que verlo en la situación física en la que se encontraba después del accidente, les causaría dolor a sus progenitores, así que decidió afrontar esta etapa de manera autónoma.

Red secundaria

En el caso de los participantes que no contaban con su red primaria, los amigos y vecinos se configuraron en un apoyo significativo, para el participante A04, en el territorio en el que residía (según sus relatos), se convirtió en un caso emblemático, por lo anterior sus vecinos y amigos lo acogieron e integraron a sus actividades de esparcimiento y ocio, además, un amigo fue la persona que le ayudó en el diseño y materialización de la prótesis de madera. “...cuando eso, yo le decía (...) por una prótesis, ellos me decían no le tire mente que aquí, nosotros miramos a ver como se la conseguimos ¿sí?, y si la gente me apoyaba y, y ellos me decían si usted quiere hacer algo, no le dé pena, pregunte, que es lo que quiere hacer y póngase a hacerlo, y entonces no yo quiero hacer tal cosa, hágale, si usted puede, hágale, entonces ya teniendo sus manos, no es que porque le falte una pierna usted va a quedar, no, hasta mejor

las cosas que ni uno, me decía la gente, y sí, yo me relacione con la misma población que había, que eran los conocidos...”.

Red terciaria

Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales adquieren un rol fundamental en los procesos de rehabilitación de las víctimas de MAP, debido a que estas son las que proporcionan los elementos médico protésicos, en este contexto emergen nombres como los del CICR, SIREC, HANDICAP INTERNATIONAL, HUS, el nombre del Director de Dirección Contra Minas en Santander, quien, según los relatos de los participantes, se ha convertido en una figura paternal y protectora en el proceso de “enrutarlos” y asesorarlos en cuanto al cambio de prótesis con instituciones de cooperación internacional.

En el caso del participante I05, manifiesta, “...yo, casi todas me han ayudado con el tema de las prótesis, me ha ayudado la Cruz Roja Internacional... eh, la Cruz Roja colombiana me ayudo un tiempo con mercadito, así me colaboraban, un día me dieron un kit para la niña, eh, HANDICAP también me colaboró con prótesis, nos colaboraba con transportes, con citas médicas, era muy bonita esa empresa, esa entidad...”, asimismo, H03 converge con I05, en algunas instituciones que lo han apoyado, “...nosotros nos reuníamos, cuando HANDICAP INTERNACIONAL, tenía el proceso de nosotros, ella recolectaba, a ella le llegaban recursos para reunirnos 30 o 40 dos o tres días... y ahí iba, ahí iba la defensoría del pueblo, iba, iba una persona de víctimas de minas, iba otra persona de, un psicólogo, iba otra persona...”.

Con base en los relatos de los participantes, han recurrido a las instituciones para apoyarse en el cambio de prótesis, por cuanto, debido a las actividades laborales a las que se dedican los participantes, el tiempo funcionalidad se acorta, generando problemas físicos, como dolor en la rodilla y desviación en la columna. Además, según la caracterización realizada desde la dimensión económica, la pobreza es un factor que está íntimamente ligado a la discapacidad, lo anterior queda evidenciado en los ingresos económicos de los participantes y familias, así

como en que un 80% de ellos tienen un empleo no formal y niveles de escolaridad de primaria incompleta. Es decir, que las instituciones siguen teniendo un rol preponderante en cuanto al apoyo a las víctimas de MAP en sus procesos de adaptación a la nueva condición y proporción de elementos médico-protésicos.

7.2.2.4. Categoría 4: Prótesis

“...al principio para que, eso a uno le da duro, porque, por ejemplo, uno esta acostado y se va a levantar uno, entonces uno piensa que tiene su pie y resulta que va a dar el paso y se va es de cara, entonces le da duro a uno mirarse, no es que lastima mi pie mano...”

En sus discursos los participantes manifestaron que no tenían conocimiento de la existencia de elementos que les proporcionaran ayudas para volver a caminar, I05 *“...yo no sabía de qué existía esos mecanismos para uno volver a caminar...”*; estos mecanismos de apoyo se han convertido en una herramienta que permite ser funcionales a las personas que han sido amputadas, de ahí radica la importancia de la prótesis, el permitir realizar actividades cotidianas, y laborales, son variables que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de los participantes, y en alguna medida al restablecimiento de sus derechos, para el caso de las víctimas de MAP, en el marco de la ley 1448 de 2001, en donde se establece la reparación integral, debe proporcionarse a este segmento poblacional los elementos médico protésicos que requieren.

No obstante, para los participantes solicitar el cambio de prótesis en las Instituciones Prestadoras de Servicios en las que se encuentran vinculados, se ha convertido en un proceso que se ha venido dilatando, hasta que los participantes desisten de realizar este proceso en dichas instituciones y en el peor de los casos no usar la prótesis, como es el caso de W06, *“...no, en la IPS no me han dicho nada, porque no voy a (...) porque nosotros estamos pagando*

un seguro, pero no, tiene demasiado proceso para ponerse uno a pasar cartas o derechos de petición, no sé cómo se llame eso, tiene mucho, mucha vaina, igual tengo muy corto el tiempo... ”; E07 manifiesta que lleva dos años (a fecha de octubre de 2017), llevando a cabo los conductos regulares para hacer efectivo el cambio de prótesis en la IPS, y que hasta la fecha perdió el tiempo, “...a ratos es una demora, eso a ratos lo ponen a voltiar a uno mucho porque, hace poco, hace, yo había hecho papeles para esto y resulta que toda esa papelería se me perdió, porque eso decían que no, que esa entidad no tenía convenio con esa entidad y que la otra no y que la otra no, entonces ya perdí yo todos los papeles y perdí el tiempo y si, entonces eso dure como un año en eso...”.

Lo anterior devela la falta de confianza que tienen los participantes en los procesos que realizan las IPS al punto que, como W06, se encuentran sin prótesis, pero desistió de los trámites en su IPS, producto de los traslados interminables y dilatación de procesos de solicitud. Esto lleva a replantear medidas pedagógicas en cuanto a una ruta para víctimas de MAP, que soliciten en la IPS, cambio de prótesis, tener atención diferencial, también es necesario realizar la socialización de las directrices a seguir cuando una persona víctima de MAP acude a solicitar cambio de la prótesis, por cuanto hacen que se apliquen conductos que al final como en el caso de E07, resultan ser infructuosos y generan cansancio y desesperanza en los participantes.

Significado de la prótesis

“...para mí la prótesis, pues, después de Dios y la familia, lo es todo para mí...”

El proceso de espera en los trámites en la IPS que han realizado los participantes, desplazamientos con recursos propios desde sus municipios de residencia a Bucaramanga, solicitudes en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, arreglos a la prótesis con puntillas, alambres, y alineamientos a la misma cortando la caña, son algunas acciones que manifiestan la importancia que tiene para los participantes contar con estos elementos de apoyo, para I05, “...a mí no me gusta que se me raye, que, no me gusta mojarla, yo se me raya,

por lo menos trabajando allá en el campo, a veces pasa uno por ahí por una piedra y pum, la rayó y a mí como que me duele, yo me la quito y me pongo a mirarla bastante y, se me rayo, entonces como que es algo mío, o sea una parte mía, yo me la quito, la pongo al lado de la cama, al otro día normal, todos los días yo la camino, y, no sé, yo, como que ya es parte de la vida mía, porque yo con un día que se me dañe o yo, yo me pongo pero súper mal, a mí me da tristeza, me vuelven de nuevo el sufrimiento cuando tuve el accidente, en cambio yo hay días que a veces ni me acuerdo, ni me acuerdo que la tengo...”

Lo anterior, deja de manifiesto que el estado de ánimo del participante I05, tiene relación con la funcionalidad de la prótesis, es decir, cuando este elemento se encuentra en buen estado, le genera bienestar, por el contrario, al sentir que este elemento de apoyo no contribuye al desarrollo de sus actividades cotidianas, genera sentimientos de tristeza, “...yo a veces ni me acuerdo que la tengo, entonces es algo como de, de uno, yo ya la hago parte de la vida mía, y yo soy, yo cuando me están haciendo las prótesis, yo me gusta de que no me quede, que a veces que las pulen así, que les ponen como un material parecido a la piel, que las pulen como con una lija y hay unos que quedan así todas vueltas con loma, a mí no me gusta, yo me gusta que queden bien hehecitas estéticamente, cuando quedan así hay veces que quedan mal, entonces yo compro una media y se la pongo, porque yo si me afecta mucho mirarla toda fea, por ejemplo esta que la tengo rajada, amarrada con, le tengo puntillas de todo, entonces yo, me gusta es permanecerla tapada porque yo me pongo a mirarlas y como que se me baja la moral, y cuando están buenas pues uno se pone, se siente uno bien, feliz...”

“...pues la prótesis es como si yo, como si yo tuviera mi pie porque si yo no tuviera eso la verdad sería diferente porque es que imagínese uno sin un pie, a toda hora uno saltando por ahí de lado en lado pero yo para mi gracias a Dios, o sea me siento feliz porque puedo trabajar pues, o sea hacer muchas cosas con ella y para que, eso hace parte de mi cuerpo normal, ya

pues, yo ya asimile todo eso, y pues me siento feliz con ella, a pesar de que uno a veces quisiera como botarla y no saber nada de ella porque es difícil...”

7.2.2.5. Categoría 5: Percepción corporal

“...pues, después del accidente vino un cambio tenaz, de tener usted sus cuatro, cuatro extremidades a solo tener dos, y la percepción pues fue muy dura ¿no?, dura psicológicamente como para la aceptación, como también la calidad de vida...”

Según Giménez (2007), el hacer parte de una sociedad implica la búsqueda constante de la aceptación de esta; la forma de pensar, las creencias, ideologías, los comportamientos, la forma de percibir el entorno están ligadas a la petición de la sociedad, cuando se pide el concepto de otros referentes a ciertos aspectos de la cotidianidad se está buscando aprobación. Existen patrones de comportamiento que se interiorizan de manera inconsciente, sólo por el hecho de pertenecer a una cultura; la familia como principal institución socializadora, la escuela, y otras instituciones permean el desarrollo de los sujetos, presentando las pautas de comportamiento, es decir a través del discurso o las formas de interacción exponen los parámetros socialmente aceptados (Giménez, 2007).

Según a Mead citado en Giménez (2007) “el auto concepto es un reflejo de las opiniones y actitudes comunicadas por los otros significantes” (p 24). Es decir, Mead plantea que la sociedad proporciona un espejo al individuo, en el cual descubre su imagine o auto concepto. Esto marca la existencia de patrones en todos los ámbitos, incluyendo los estereotipos de belleza, bienestar, para los participantes asimilar la nueva condición desde diversos ámbitos fue un proceso de duelo y dolor, la participante O09, manifestó “...yo no era capaz de verme, yo no quería que nadie me viera así, llegaba alguien de visita y yo rápido me escondía en la pieza, que nadie me viera, yo no era capaz de verme, me veía y lloraba (suspiro) ...”, para W06

“...la gente lo va a mirar más, a uno lo miran mucho entonces uno ahí (...) y va pasando uno y como que ¡ay! al señor le falta la pierna entonces uno trata como de que, trata como afectarle un poco, en cambio ya con la prótesis ya es diferente, porque pasa uno desapercibido...”, es un factor a resaltar la forma en que W06 resalta forma en que se siente cuando los otros lo observan cuando no tiene la prótesis, es decir, para él es importante el concepto que tiene ante los demás.

S01 ante la pérdida del MI, manifestó que tuvo que pasar por un proceso de duelo, en donde afrontó las tres etapas descritas en la categoría *rehabilitación y adaptación*, sin embargo, de este participante se resalta la resiliencia, por cuanto se evidencia manejo de emociones y un buen auto concepto, *“...antes, claro espectacular porque imagínese uno que esté completo, manos, piernas, ojos, todo, que uno pueda hacer todo sin dificultad, es una maravilla claro, o sea es algo como, ¡Huy señor, gracias porque estoy completo!, yo siempre cuando estaba allá en el área de operaciones me sentaba y me miraba yo mismo y decía gracias señor porque está uno completo, ya ha visto, ve uno esos casos entonces dice uno, de estar yo así a estar como él es... una maravilla claro, ahora, después pues ya, lo que pasa es que ya entra uno en un proceso de, como de... cómo le digo yo... como de asimilar, ya uno se asimila ya como queda ¿sí?, y de una u otra forma tiene uno que ya aceptar esa situación porque ya uno no puede pensar que, que me van a hacer, que en dos año me va a nacer nuevamente la pierna, el brazo, en el caso mío la pierna, entonces uno lo que hace es sanar, darse a la idea de que le toca a uno aceptar ya las cosas quiera o no quiera, porque si no quiere uno, la misma cosa y peor va a ser para uno ¿si me entiende? y si quiere uno, pues mejor va a ser todavía porque va a ser más fácil la recuperación, la asimilación de las cosas, siempre uno el ortopedista le dice a uno, mírese al espejo siempre para que sepa usted como está, para que sepa como quedo, ¡para que asimile! porque ya esto a usted nunca le va a volver a salir, la pierna... entonces es algo que uno ya, como un proceso de asimilación, de aceptarse ya uno mismo como queda...”* .

7.2.2.6. Categoría 6: Significado del territorio

“...yo nunca imagine que ese día, preciso en ese sitio donde nosotros descansábamos podía estar minado...”

Desarraigo del territorio, mediante el desplazamiento forzado de las víctimas de MAP, después del accidente

En el marco del conflicto armado, según el Centro Nacional de Memoria Histórica, hasta mayo de 2017 se contabilizaron 7.175.181 desplazados por la violencia y 5.187 víctimas de despojo de tierras del conflicto armado en el Registro Único de Víctimas (RUV). Las víctimas tuvieron que abandonar sus tierras, algunas de ellas ya habían sufrido un hecho victimizante, como un accidente con MAP, según los relatos de los participantes.

En el caso de Santander fueron registrados en el año 2014, 3.344 desplazamientos hacia esta región y las solicitudes fueron remitidas a la defensoría, la personería y la procuraduría; entre los años 2012 y 2015 se registraron 55.427 personas que fueron víctimas del abandono y despojo forzado de tierras. La violencia política en el departamento de Santander data del año 1964, en lo que hoy se conoce como el Carmen de Chucurí, allí tuvo lugar el nacimiento del Ejército de Liberación Nacional (ELN), lo que explica que en buena medida entre 1965 y 1981, en esa región se haya concentrado la acción contrainsurgente del Estado, y en los años posteriores a 1982 la acción paramilitar (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2015).

Según relatos de los participantes, después del accidente intentaron retornar a sus lugares de origen, encontrando intimidaciones por parte de actores armados no estatales. En otros casos, el sentimiento de inseguridad no permitió que ellos retornaran al territorio donde ocurrió el accidente. E07 manifiesta, ““...pues antes de, de, la primera vez que pase por ahí se veía un

sitio seguro ¿sí? por el camino no se veía nada, o sea, si no, al poco tiempo fue cuando ya se empezó a ver qué, que por los caminos se están poniendo minas y ya pues, ya encontrábamos esto, como decir esas trincheras donde se mantiene la guerrilla entonces ya uno pasaba por esos caminos y ya era como con temor, como con sí, como con ese miedo que de pronto esa gente fuera y le hiciera algo a uno, porque esa gente es rígida, ¿sí? y pues ya cuando pasaba uno por ahí pues al principio era normal, ya después, ya cuando volví a pasar, ya se veían muchas cosas destruidas, el camino todo, y ya por, por viviendas por donde nosotros pasábamos y descansábamos, esas viviendas las quemaron y todo, entonces ya uno andaba más...”.

Lo anterior denota el sentimiento de inseguridad por los métodos de ataque que estaban perpetrando en las zonas donde residían los participantes los grupos armados, el sentido que tomaban los caminos donde crecieron, los lugares que usaban de descanso después de almorzar, cómo los espacios reconfiguraban su sentido, ligado al arraigo emocional y cultural que tienen para los participantes. Al ser desplazados de sus territorios, estas personas debieron adaptarse a la cultura de otras regiones, dejando de lado no sólo sus pertenencias, sino desde lo emocional, sus historias y costumbres ancestrales. Quienes aún residen en los lugares donde ocurrió el accidente, manifiestan su percepción sobre la zona, como M02, “...ahhh, inseguro, muy inseguro porque no se sabe que haiga una mina o algo...”. Es de resaltar que, como se menciona en la página 48 de la presente investigación, en algunas regiones como en el Carmen y San Vicente de Chucurí se han realizado acciones de desminado humanitario como garantías de no repetición a los pobladores de algunos territorios, no obstante, aún hay zonas donde se registran presencia de MAP.

“...antes de eso si era, pues era como seguro porque no, nunca se escuchó que la inseguridad, no nada nada nada, todo era tranquilo, la gente convivía bien, no había problema, no había nada nada, para uno preocuparse, después de eso si, al pasar los años, si

ya, comenzó a ser una zona ¡insegura!, ... me dieron 15 días de plazo para que me desapareciera porque yo era una, una persona que... que no le aportaba allá, mejor dicho no le aportaba a ellos, porque yo a la comunidad si le aportaba pero no a ellos, eso hubimos muchos, que nos tuvimos que venir, de por allá, bajo amenaza...” A04

7.2.2.7. Categoría 7: Propuestas desde las experiencias vividas y sentidas de los participantes, como insumo para el diseño de estrategias de RBC. En esta categoría se recogieron los aportes de los participantes a través de las experiencias vividas y sentidas en los procesos de rehabilitación, mediante la aplicación de instrumentos cualitativos se obtuvo información relevante para el diseño de las estrategias RBC.

Para los participantes, un factor que aporta a la resiliencia después de los procesos de rehabilitación es el practicar un deporte por cuanto los hace sentir funcionales y, según expresaron algunos, lo ven como una posibilidad de obtener algún reconocimiento representando al país, además de viajar, generar redes y sinergias entre quienes practican alguna disciplina deportiva, T11 compartió su experiencia “...mire yo practico dos deportes, ciclismo paralímpico, que se empuja con las manos, la cicla, lo que le dicen hand's cycle, y, practico algo que se llama bádminton, que es parecido al tenis, pero que la pelota es, algo con plumas...”, de la muestra T11 es el único entrevistado que ha tenido la oportunidad de practicar un deporte, manifestando que ha viajado a más de cinco países representando a Colombia.

Si bien en el marco del conflicto tanto civiles como militares han sufrido accidentes por MAP, en la revisión de literatura gris, se evidencia que quienes conforman y practican deportes después de un accidente con MAP son los militares, lo cual se puede entender desde la perspectiva que las zonas rurales cuentan con la infraestructura para que las víctimas de MAP conformen equipos deportivos para practicar estos deportes, de otra parte, lo económico es un factor relevante a la hora darle permanencia en el tiempo a este tipo de iniciativas, W06 vive

en una zona rural, antes del accidente jugaba fútbol, para él el deporte es un factor fundamental, pero debido a que en su comunidad no centros deportivos, o más personas de su condición con los intereses que él manifiesta por el deporte, no ha podido practicar ninguna disciplina deportivas después del accidente, *“...sabe que, si se necesitaría más que todo, como que llegaran a colocar algo de deporte, para las personas con discapacidad, porque he visto...claro, por lo menos el deporte que va a apoyar a algún grupo de discapacidad para jugar futbol, para jugar baloncesto ¿sí?, para natación...”* W06.

Otro aspecto que resaltaron los participantes es la importancia del componente psicológico, en los procesos de rehabilitación, que estos procesos sean interdisciplinarios, y que la presencia de este componente sea transversal al proceso, H03 expresó *“hacer, la terapia psicológica, para mí es lo más importante es la terapia psicológica, fortalecer, fortalecer el cerebro, para que uno nunca vaya a decaer pues como yo ya sufrí el accidente y yo ya tengo 15 años de estar en el accidente, pero yo ya estoy muy viejo y ya no puedo seguir, entonces si yo digo que lo mejor que puede existir es una terapia, una preparación y una terapia psicológica para, para decir bueno, usted ya llegó a tantos años pero no pasa nada, ¿si me entiende?, una ayuda psicológica en ese sentido, porque...”*.

En el proceso de análisis de la información recabada, se identificó que, existen variables como el deterioro de la prótesis y limitación de las funciones producto de la edad y el accidente con MAP que van afectando el estado de ánimo de los entrevistados, particularmente el hecho de no tener un trabajo que los haga sentir funcionales. En este proceso es fundamental el acompañamiento psicosocial, que apoye en los momentos en que emergen sentimientos de impotencia por la situación después del accidente.

De otra parte, para los participantes es de vital importancia sentirse identificados con la persona que este diseñando el elemento médico protésico, por tanto, expresan que les gustaría que los protesistas fueran personas con una condición en situación de discapacidad, toda vez

que entenderían desde la experiencia aspectos sensitivos con el diseño de la prótesis. Como el caso de I05, *“...ojalá un técnico fuera víctima para que ellos supieran, o por ejemplo un técnico que fuera amputado, estudiara eso, y viniera y le dijera vamos a hacer una prótesis, porque ya conoce ¿no?, pero, si hay técnicos de que ellos, se dejan hablar y se ponen en la situación de uno, entonces, o sea, lo más bonito en la recuperación es usted venirse satisfecho, usted venirse contento, así sea una prótesis económica...”*.

“...nosotros hemos hablado sobre eso con varios, que en el proceso digamos, la fabricación o la hechura de una prótesis, si, ojalá hubiera una persona con la misma igualdad que uno, con la misma discapacidad que él tiene para así uno decirle a él, mire pasa esto y esto...” A04.

“...yo pienso que, en ese proceso, es importante por ejemplo que, si el equipo que está manejando el proceso no hay una persona discapacitada, que de pronto se den la manera de conseguir, ejemplo, que usted en este momento tenga una persona empezando con ese proceso... entonces como quien dice, así, Sergio le quiero pedir un favor, de que me acompañe para que la persona esa lo vea a usted, como maneja usted, como trabaja usted, como, o sea, como ta' enfrentando usted las cosas...” S01.

Finalmente, los participantes propusieron que, en las IPS, se socializaran los protocolos de atención a víctimas, lo anterior por los procesos dispendiosos que deben realizar, siendo al final infructuosos en lo que respecta a la adquisición de la prótesis, como E07, *“...como víctimas que tuviera como si, mejores atenciones, que no le pusieran tanto problema a uno, cuando uno va a una entidad que le digan la verdad, o sea que no lo pongan a voltiar tanto a uno, porque es que hay veces que, sinceramente a pesar de que le toca a uno viajar y ellos no miran eso, entonces siempre le toca a uno ponerse a voltiar y el tiempo, y todo lo que uno pierde y entonces a veces es como, se burlan de uno entonces pues, me gustaría que hubiera mejor”* E07.

INCORPORACIÓN DE PROPUESTAS DESDE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS Y SENTIDAS DE LAS VÍCTIMAS MAP EN EL DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS RBC

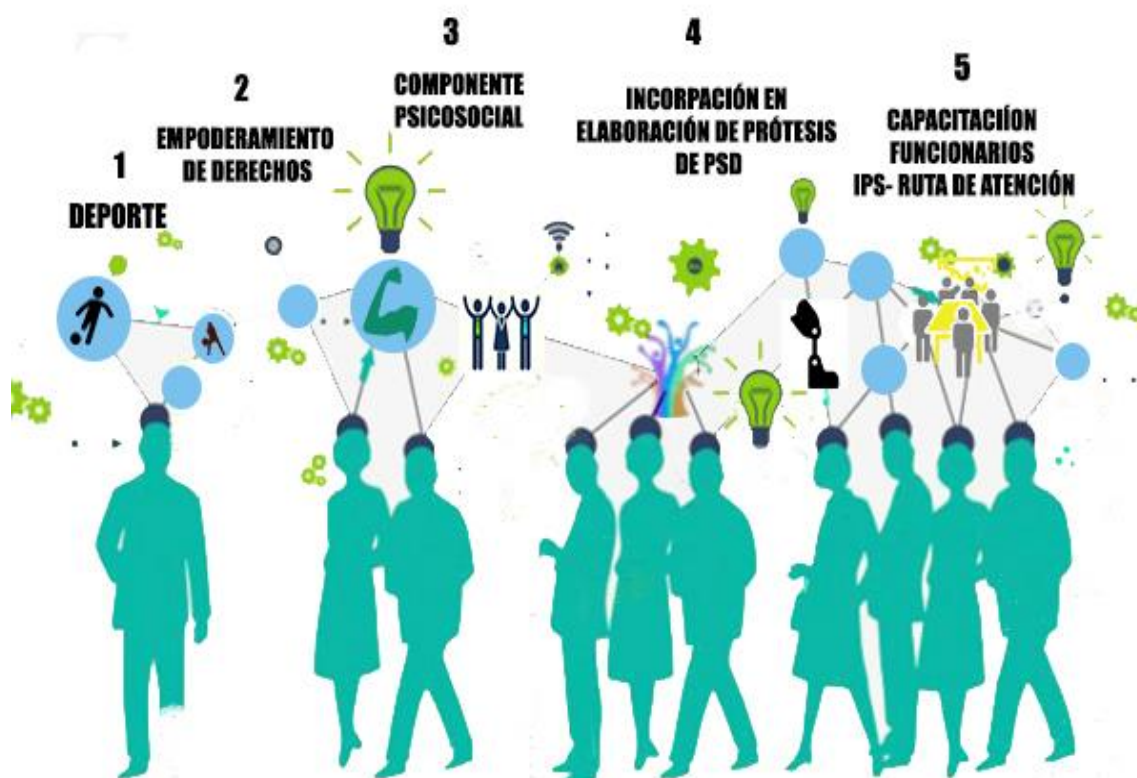


Figura 47. Incorporación de propuestas desde las experiencias vividas y sentidas de las víctimas de MAP en el diseño de las estrategias RBC

8. Diseño de la propuesta

“...uno dice, Dios mío si he llegado hasta aquí ¿por qué no puedo seguir? ...”

Con base en los perfiles individuales, familiares y socio demográficos de la población víctima de MAP, que fueron construidos, a partir del enfoque bimodal, se procederá a plantear la metodología *Desing Thinking*, (a partir de ahora entendido como pensamiento de diseño).

Esta metodología permite integrar diversas técnicas de participación que contribuyen a construir de manera conjunta los ideales del diseño de productos, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la población víctimas de MAP. Según Tim Brown (2008), la metodología está basada en la visión holística del diseño, es decir, está centrada en que el factor humano y tecnológico se engranen como complementos en las actividades de innovación; puesto que, no sólo se lleva a cabo para dar una respuesta definitiva sino da apertura a generar múltiples opciones de diseño, de acuerdo con los requerimientos (Leinonen & Durall, 2014). En este caso, implementado el pensamiento de diseño en sus fases de *empatía*, *definición* e *ideación*, se generó el diseño de lineamientos estratégicos para la rehabilitación integral en víctimas de MAP.

Las dimensiones del pensamiento de diseño están articuladas, lo que permite impulsar procesos de innovación que generen bienestar a las personas. Esta metodología no sólo facilita la generación de diseños de calidad de acuerdo con los requerimientos planteados, sino la comprensión de la conducta humana frente al diseño, así como lo afirma Rey: “la contribución más novedosa y destacable del diseño a la gestión no está en el marketing, sino en la innovación y, más concretamente, en el desarrollo de una metodología para la innovación” (Rey, 2009).

De acuerdo con “Design School” o escuela de diseño de la Universidad de Stanford, se determina que el proceso de pensamiento de diseño está estructurado por cinco etapas, las cuales no son estrictas en su orden de desarrollo, por lo tanto, implica que en cualquier momento se puede regresar a la fase anterior si es necesario (Romero, 2013). Cada fase cuenta con unas “Design Tools” o herramientas de diseño que se organizan en “toolkits” -o juego de herramientas-, las cuales se utilizan en las fases metodológicas, que permitieron recolectar los datos necesarios el diseño de estrategias de rehabilitación integral para víctimas de MAP; entre estas se encuentran fotografías o imágenes que contribuyeron al guion de la entrevista y los materiales que se utilizaron durante el desarrollo de estas actividades para apoyar el proceso. A continuación, se describe cada etapa que se implementó para el diseño de las estrategias RBC.

Fuente: (Serrano *et al*, 201)

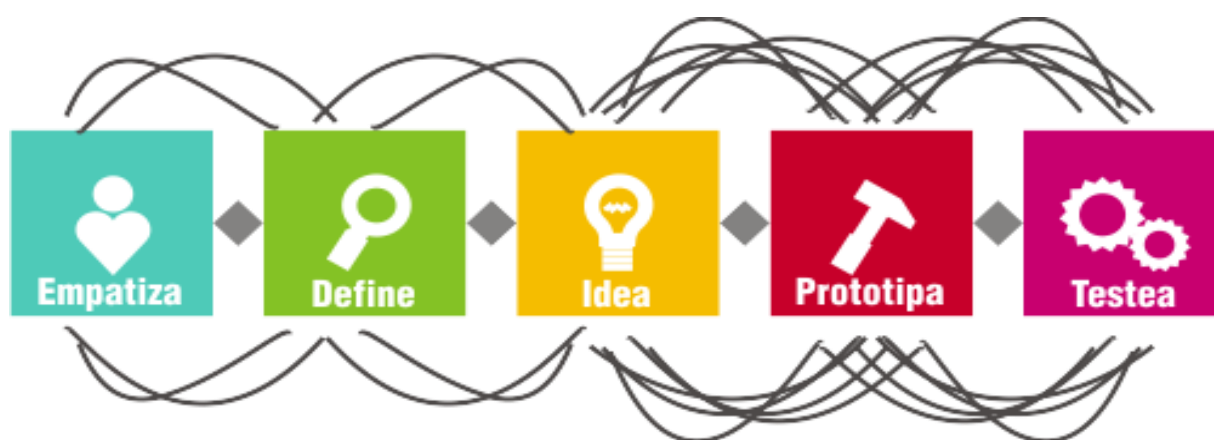


Figura 48. Fases del pensamiento de diseño

Sub – fase 1: Empatizar

La primera sub - fase denominada empatizar, se identifica de acuerdo con la Real Academia Española (RAE), como el sentir empatía por algo o alguien, es decir que la persona sienta lo mismo que quien está pasando por una situación en particular para poder comprender al individuo y su accionar. En este caso, desde las narrativas de las víctimas de MAP, la

investigadora intentó comprender los significados que los sobrevivientes le atribuyen a su corporeidad y al territorio donde residen. Desde los grupos focales, se generaron discusiones en torno a las percepciones que tiene la familia de los sobrevivientes de MAP, con el propósito de conocer las realidades de las víctimas y generar espacios de sensibilización.



Figura 49. Fase de empatía desde la metodología Design Thinking

Sub – fase 2: Definir

En esta sub - fase se obtienen los resultados, una vez se filtren los datos recopilados durante la fase de empatía y se prioriza la información que aporta valor y lleva al alcance de nuevas perspectivas de innovación. En este momento investigativo, se realizó un diagnóstico de la población víctima de MAP, desde el componente psicosocial.

Sub – fase 3: Idear

El propósito de este momento es la generación de multiplicidad de opciones conceptuales de construcción de productos de capacidad innovadora. Por tanto, en esta fase se conceptualizaron los resultados del análisis de la caracterización, con el objetivo de definir los lineamientos estratégicos para la rehabilitación integral de víctimas de MAP, fundamentados en la RBC. Las herramientas de diseño que se aplicaron en esta etapa fueron *lluvia de ideas*, con las cuales se pretendió que los sobrevivientes de MAP -junto con sus familias- aportaran ideas con base a una pregunta en torno al proceso de rehabilitación y adaptación a su nueva situación, con el objetivo de explorar la creatividad de los participantes frente a sus necesidades.

Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Para el desarrollo de la metodología, se trabajó la modalidad de grupos focales, con el propósito de profundizar, comprender percepciones, valores, creencias colectivas de la población víctima de MAP y sus familias.

Grupos focales: La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Kitzinger (1995), lo define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. Para Martínez (1999), el grupo focal “es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto” (p. 56).

La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los

participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios (Hamui *et al*, 2012).

Esta técnica se aplicó con las víctimas y sus familias, con el objetivo de generar discusiones en torno a temas relacionados con las percepciones que tienen acerca de los sobrevivientes de MAP y la situación de discapacidad que adquirieron en el accidente. Se pretendió captar información a partir de la interacción de los participantes, en donde el rol de la investigadora fue de vital importancia, por cuanto propuso el tópico a tratar en el desarrollo de la intervención, es decir las preguntas o temas a tratar deben ser cuidadosamente planteadas de manera previa, pues de éstas se derivan percepciones y significados del grupo respecto a la temática que se abordó.

Diseño de lineamientos estratégicos para la rehabilitación integral de víctimas de MAP, fundamentados en la RBC

A partir de la aplicación de las fases del pensamiento de diseño descritas (empatizar, definir, idear), se entendió la importancia de adaptar la metodología RBC a la realidad de los municipios donde residen los participantes, lo anterior teniendo en cuenta la matriz de la guía para la RBC de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Figura 50. Matriz RBC

Fuente: Guía para la RBC, 2012.

Esta Guía permite que las entidades tomen como directriz los componentes y elementos que la conforman, con el fin de aplicar la metodología de manera más completa, siguiendo unos parámetros establecidos para alcanzar un desarrollo progresivo que abarque todos los componentes, para que se den resultados integrales en cada una de las personas que participan en el proceso. En el caso de la presente investigación que se realizará en los municipios de San Vicente de Chucurí, Carmen de Chucurí, Galán, Rionegro, Landazuri, Floridablanca, Bucaramanga, Curití, se aplicaran los componentes de *salud*, con los elementos promoción, atención médica y rehabilitación; y el componente *educación*, con los elementos educación no formal y aprendizaje permanente, asimismo desde el componente *social*, se abordaran los elementos asistencia personal.

En el componente salud, en cuanto a la promoción, la Guía para la RBC, manifiesta “la promoción de la salud busca aumentar el control sobre la salud y sus determinantes. La amplia

gama disponible de estrategias e intervenciones se dirige a fortalecer las destrezas de las personas y cambiar las condiciones sociales, económicas y ambientales para reducir su impacto sobre la salud” (OMS, 2012). Por medio de este componente, el desarrollo de esta investigación permitirá que las personas que no tienen acceso a la salud y por ende a las terapias de rehabilitación, puedan adherirse de forma gratuita y sin necesidad de tener un desplazamiento a grandes distancias, para desarrollar habilidades en el medio en el que viven.

La atención médica, se refiere a “la oportuna identificación, evaluación y tratamiento de las condiciones de salud y sus deficiencias resultantes, a fin de curar o limitar sus consecuencias en los individuos. La atención médica puede darse en el nivel primario, secundario o terciario del sistema de atención de la salud” (OMS, 2012). Con este elemento, se espera aportar a través de los profesionales especialistas en atención en el nivel primario, a través del diagnóstico médico y durante el proceso de aplicación de la metodología con cada participante.

En la rehabilitación, “los servicios van desde los básicos hasta los especializados, y se brindan en muchos sitios diferentes, por ejemplo, hospitales, hogares y ambientes comunales” (OMS, 2012). En el diseño de las estrategias se incluirán terapias de rehabilitación, las cuales se darán en diversos espacios, se espera crear alianzas con las Alcaldías de las áreas de influencia directa del proyecto de investigación, facilitando espacios comunitarios para la aplicación de este proceso.

Teniendo en cuenta que se identificaron ocho municipios del departamento de Santander y en total hay nueve participantes, los cuales se encuentran con ubicación dispersa, como se presentan en la figura 52, se adaptará la metodología al contexto, es decir se plantean puntos estratégicos que se encuentran equidistantes entre municipios de la siguiente manera:

Municipio	Punto de atención estratégico
------------------	--------------------------------------

Bucaramanga	Universidad Industrial de Santander – Campus Central
Floridablanca	
Rionegro	

Municipio	Punto de atención estratégico
Carmen de Chucurí	Colegio Nuestra Señora de la Paz - Coliseo Principal
San Vicente de Chucurí	
Landázuri	

Municipio	Punto de atención estratégico
Galán	Universidad Industrial de Santander – sede Socorro
Curití	

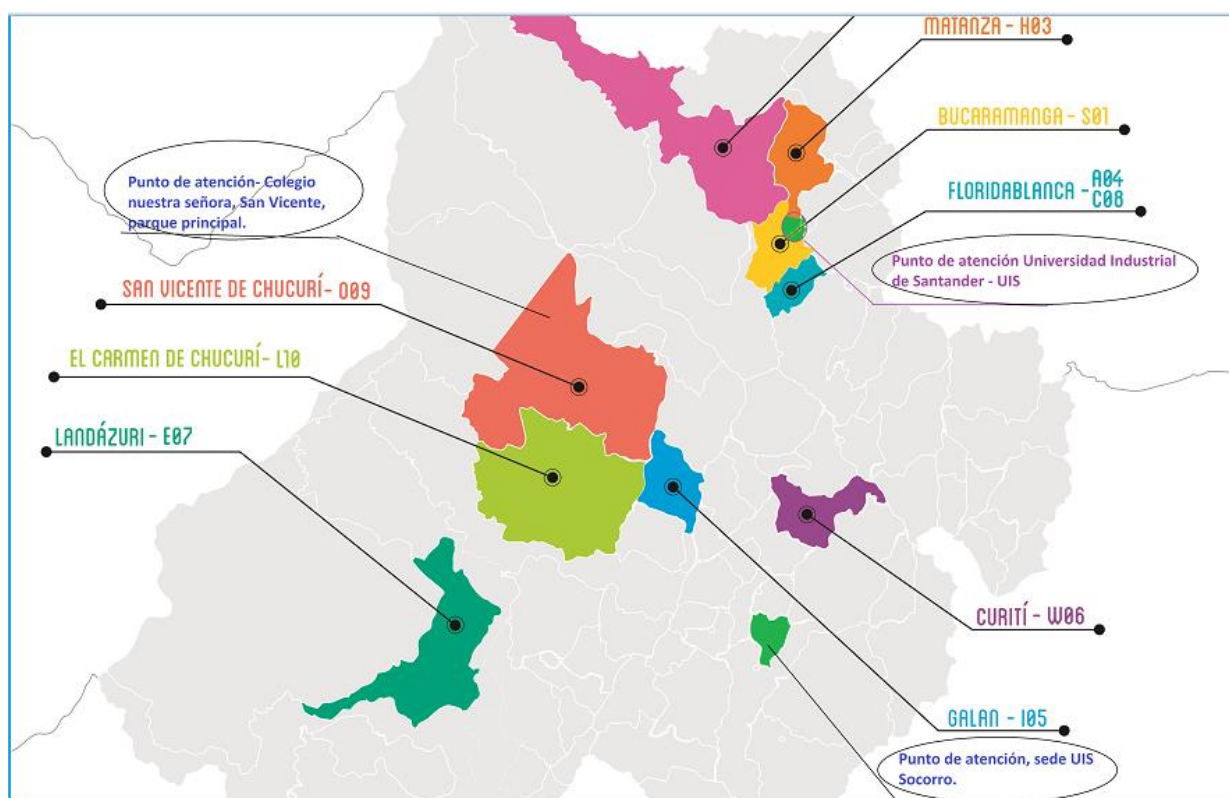


Figura 51. Ubicación de puntos estratégicos para la implementación de las estrategias.

En el componente educación, se tuvo en cuenta la no formal, “esta incluye una amplia gama de iniciativas educativas en la comunidad: aprendizaje en el hogar, esquemas gubernamentales e iniciativas comunales” (OMS, 2012). Se capacitará a los familiares y cuidadores de los participantes en aspectos técnicos, complementándolos con los conocimientos previos desde la experiencia del cuidado a través del tiempo. El aprendizaje se dará en espacios comunitarios con el apoyo de los profesionales, quienes les darán una importancia significativa a los aportes del familiar o cuidador en la aplicación de la metodología. En la Guía para la RBC, el elemento educación no formal, va direccionado hacia los participantes; sin embargo, en el desarrollo de la investigación se aplicará con los familiares y/o cuidadores.

El aprendizaje permanente es un elemento de la educación que, “incluye al aprendizaje que ocurre a lo largo de la vida, particularmente, oportunidades de aprendizaje para adultos que no

han sido cubiertas en otros elementos. Se refiere a los conocimientos y las destrezas que se necesitan para lograr los tipos de aprendizaje que promueven el desarrollo personal y la participación en la sociedad” (OMS, 2012). Los familiares y/o cuidadores han desarrollado aprendizajes producto de la experiencia en el proceso, en este sentido, la Guía direcciona este elemento hacia la potencialización de las habilidades laborales o educativas, pero se ha evidenciado el desarrollo de éstas hacia el cuidado de sus familiares.

Para efectos de la presente investigación, no se aplicarán los componentes de subsistencia y fortalecimiento; teniendo en cuenta que los dos se enfocan en las redes comunitarias que promueven el desarrollo de la comunidad en aspectos de movilización, grupos de apoyo, formación política, relaciones intrafamiliares, promoción de cultura y arte, empoderamiento en el conocimiento de sus derechos, entre otros. No se dará la aplicación de estos componentes, debido al tiempo y recursos con los que cuenta el proyecto, los cuales son limitados, cabe resaltar que la Guía para la RBC fue pensada para la aplicación del trabajo con todos los sectores de la comunidad y el diseño de las estrategias va direccionado a trabajar con una parte de esta.

De otra parte, en el componente subsistencia se busca el trabajo por su propia cuenta y remunerado, que se da cuando la persona en situación de discapacidad ya es funcional y puede llegar a ejercer en el mundo laboral, pero el alcance del proyecto sólo va hasta la rehabilitación, debido a los recursos limitados con que cuenta el proyecto y la duración de este. En el componente social, el proyecto no va dirigido a mejorar las relaciones intrafamiliares, aunque se puede dar que las personas tomen las visitas familiares de seguimiento como terapia familiar; además, al no contar con los espacios y recursos, no se brindarán actividades de cultura, arte, recreación y deportes. A su vez, no se da el empoderamiento de derechos para acceder a la justicia, entendiendo que el foco del proyecto es el aprendizaje de la aplicación de las terapias de rehabilitación. En el componente de fortalecimiento, al no trabajar de manera conjunta con

toda la comunidad de los municipios, no se llevará a cabo la organización comunitaria para el desarrollo de redes de apoyo, a la población víctima de MAP.

Es fundamental adaptar la metodología al contexto, entendiendo que existen parámetros fijos para la aplicación, pero la adaptabilidad debe ser flexible al contexto, el tipo de población con el cual se está trabajando, sus experiencias de vida, sus creencias, conocimientos previos, generando alternativas con enfoque diferencial para cada comunidad, las cuales permitan tener un diagnóstico del contexto y centrar el objetivo del proyecto a las necesidades de la población que se quiere intervenir.

ACTIVIDAD	ACCIÓN POR REALIZAR
<p style="text-align: center;">Sesiones terapéuticas</p>	<p>Se potenciará el desarrollo de habilidades para realizar ejercicios de fortalecimiento, posturas adecuadas, previendo el deterioro de otras extremidades (terapias), asimismo se proporcionará la educación no formal de quienes se encuentren en casa al momento de realizar las intervenciones, con el propósito que sean coterapeutas de sus familiares.</p> <p>Al final de este ciclo, se tiene previsto realizar por área, las siguientes sesiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapia: entre 7 y 9 sesiones, según evolución. -Trabajo Social: entre 7 y 9 visitas familiares, según se requiera. -Diseño Industrial: depende de las fases de elaboración y ajuste del elemento médico protésico

	<p>Durante este primer ciclo, los profesionales de fisioterapia tendrán la oportunidad de capacitar a cuidadores en estrategias sencillas acerca de dos temas básicos, el primero, tiene que ver con la movilización de músculos y tendones en miembros inferiores de forma pasiva, y el segundo tema, es el estiramiento muscular.</p> <p>Para lo anterior, será un apoyo fundamental si los beneficiarios presentan Diagnóstico Médico, o exámenes clínicos; lo cual facilitará el trazo de metas terapéuticas, por cuanto algunos participantes no cuentan con seguridad social y estos diagnósticos no son emitidos por estas instituciones, debido a su alto costo.</p>
<p>Acompañamiento domiciliario</p>	<p>Esta actividad será fundamental en todo el proceso, pues servirá como medida para que el equipo profesional revise qué tan apropiado queda el conocimiento de la técnica terapéutica en la víctima de MAP y su cuidador/a</p> <p>Este ejercicio servirá para conocer las realidades que viven las familias con un familiar en situación de discapacidad, producto de un accidente con MAP.</p>
<p>Seguimiento psicológico</p>	<p>Dentro del área de seguimiento psicológico, se abrirán historias, para realizar seguimiento de cada caso.</p> <p>Se pretende influir positivamente en las dinámicas familiares, llegando a sensibilizar en las víctimas y cuidadores, sobre la importancia de solicitar ayuda cuando se requiere y el realizar las terapias físicas.</p>

<p>Visitas familiares</p>	<p>Durante este ciclo de intervención, se realizarán visitas domiciliarias.</p> <p>Dentro de la visita domiciliaria se inspeccionará la vivienda, se realizarán preguntas sobre quiénes viven en ella, las actividades a las que se dedican, el tiempo que llevan viviendo en la casa o apartamento, si es propio o arrendado, cuáles son las rutinas.</p> <p>Durante la visita, se realizará, tomas fotográficas, como evidencia de las condiciones de la vivienda y del desplazamiento del profesional.</p>
<p>Diseño y elaboración de la prótesis</p>	<p>En esta etapa se definirá la tecnología de captura de datos 3D más adecuada, considerando los requerimientos que revisarán el componente técnico, práctico en el uso de la tecnología y económicos para realizar el modelo de integración.</p> <p>Escaneo del socket para tener un referente comparativo en la emulación y diseño del socket.</p> <p>Definición de la técnica de emulación de los volúmenes virtuales.</p> <p>Comparativo entre dos técnicas de emulación es decir se editarán los modelos virtuales utilizando dos técnicas de escala.</p> <p>Impresión de modelos en 3D.</p> <p>El socket impreso se llevará a la unidad de prótesis para su ensamblaje y habilitación de la prótesis para las pruebas biomecánicas.</p>

Figura 52. Actividades a realizar en la implementación de las estrategias RBC.

Los proyectos y/o programas de acción requieren monitoreo y evaluación sistemática. La evaluación constituye una de las categorías que conforma cualquier proceso de abordaje comunitario midiendo los resultados o impactos alcanzados en la aplicación de estos. El propósito de la evaluación es mejorar el proyecto (hacerlo más pertinente, más sustentable, realizar ajustes con base en el diagnóstico). Una vez que se ha determinado si el proyecto produjo los cambios indicados con los objetivos del programa, se deben llevar a la práctica las lecciones de la evaluación.

La evaluación de impacto mide los cambios en el bienestar de los individuos que pueden ser atribuidos a un programa o a una política específica y sus objetivos son proveer información y ayudar a mejorar su eficacia. En este sentido, es una herramienta que utilizan los encargados de tomar decisiones en la formulación de políticas, y que hacen posible que el público pueda exigir cuentas sobre los resultados de los programas.

En este contexto surgen los indicadores, los cuales facilitan la vigilancia y la evaluación sistemática, estos hacen parte del diseño del programa desde sus fases de iniciación y planificación. Se hace operacional por medio de un análisis o valoración de situación con el propósito de determinar la situación existente. Para la presentación de resultados de las estrategias RBC, se plantean los siguientes indicadores:

- Tasa de participación por tipo de discapacidad

Con este indicador se espera tener una base de datos acerca de la caracterización de la población en aspectos demográficos de acuerdo con el sexo, edad, nivel de ingresos, nivel educativo del familiar o cuidador y del beneficiario, municipio en el que reside, afiliación a servicios de salud, caracterización del grupo familiar y ocupación laboral del participante,

familiar o cuidador. Se define este indicador, con el objetivo de conocer a la población que se beneficiará del proyecto y cuantificar respecto a los ítems señalados, cuáles son las características demográficas que prevalecen.

INDICADOR: Tasa de participación por tipo de discapacidad	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Sexo del familiar o cuidador Sexo del participante	- Masculino - Femenino
Nivel de ingresos	- Menos de un salario mínimo legal vigente. - Un salario mínimo legal vigente. - Dos o más salarios mínimos legales vigentes.
Nivel educativo del familiar o cuidador	- Media básica. - Básica superior. - Estudios superiores.
Nivel educativo del beneficiario	- Preescolar. - Primaria. - Bachillerato.
Municipio en el que reside	Municipios de Santander.
Afiliación al servicio de salud	- Régimen subsidiado - Régimen contributivo - Ninguno.

INDICADOR: Tasa de participación por tipo de discapacidad	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Caracterización del grupo familiar	- Nuclear. - Extensa - Ampliada - Monoparental.
Ocupación laboral del familiar o cuidador	- Informal - Formal
Ocupación laboral del beneficiario	- Informal - Formal

Figura 53. Tasa de participación por tipo de discapacidad

- Grado de desarrollo de habilidades y destrezas

Con este indicador se recomienda medir el desarrollo que tenga cada participante, en lo relacionado a adaptación, desarrollo de habilidades y destrezas. Por medio de este, se identificará si el beneficiario ha generado aprendizajes en cuanto a posturas, uso del socket y ejercicios practicados en el desarrollo de las sesiones.

INDICADOR: Grado de desarrollo de habilidades y destrezas	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
1. Ritmo de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> - Dar los apoyos necesarios, evitando la sobreprotección o exceso de ayuda. - Ofrecer actividades para trabajar en conjunto con pares.
2. Adquisición de orientación espacial y temporal	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer experiencias psicomotoras, considerando las posibilidades motoras del beneficiario (adecuar las actividades).
3. Desarrollo de autonomía e independencia	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar al participante para que ejecute por sí mismo la actividad, cuidando de brindar el apoyo estrictamente necesario. - Considerar las afectaciones producto del accidente con MAP a la hora de pedir independencia y verificar que no existan razones orgánicas que impidan la realización de una actividad.
6. Desarrollo emocional y afectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la autoestima y valoración de las capacidades de los participantes. - Reforzar positivamente los logros por sobre los fracasos. - Favorecer en los beneficiarios la motivación de logro.

Figura 54. Grado de desarrollo de habilidades y destrezas.

Nota: Adaptado de Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad motora (2007).

http://neemotora.com/2011/04/necesidades-educativas-especiales_05.html

- Índice de aprendizaje respecto al proceso terapéutico del participante

Este indicador permite medir el índice de aprendizaje que el participante, en la medida en que adquiere conocimientos respecto de la realización de las terapias. A través de este, el equipo interdisciplinar podrá identificar, si el beneficiario ha aprendido a aplicar correctamente la terapia que corresponde, la capacidad de aprendizaje del proceso terapéutico, respecto al seguimiento continuo que ha realizado el profesional.

INDICADOR: Índice de aprendizaje respecto al proceso terapéutico del familiar o cuidador	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
1. Aplicación correcta de la terapia correspondiente	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación correcta del participante al momento de practicar los movimientos. - Uso adecuado de los utensilios puestos a disposición. - Aplicación de los movimientos adecuados. - Se evidencian avances en la funcionalidad del participante.
2. Capacidades al momento de aprender el proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene en cuenta las instrucciones del profesional. - Pregunta al profesional las dudas que se le presentan. - Espera las indicaciones del profesional. - Identifica el saber técnico como elemento importante para la aplicación de la terapia. - Observar si se le dificulta o facilita al familiar o cuidador, aprender y aplicar los pasos de la terapia. - Expone sus conocimientos previos y los valora.

INDICADOR: Índice de aprendizaje respecto al proceso terapéutico del familiar o cuidador	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
3. Independencia del cuidador en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo personal, asistir al proceso de rehabilitación, sin que alguien externo le esté motivando. - Interés al momento de llegada y ejecución de las terapias. - No requiere de la constante presencia del profesional para el desarrollo de la terapia. - Ha propiciado la autogestión para cubrir las necesidades presentadas en el avance del proceso.

Figura 55. Índice de aprendizaje respecto al proceso terapéutico del familiar o cuidador

- Índice de mejoramiento en la calidad de vida, con relación a la aplicación de la metodología

Con este índice se busca medir la mejora en la calidad de vida que tienen los participantes y sus familias o cuidadores. Entendiendo que la metodología RBC que se aplicará en las comunidades mencionadas, podría contribuir o no, a que los sujetos involucrados puedan percibir cambios en torno al bienestar emocional, material, personal, físico, de inclusión social y defensa de los derechos.

INDICADOR: Índice de mejoramiento en la calidad de vida, con relación a la aplicación de la metodología	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
1. Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de satisfacción. - Auto concepto (autoestima). - Sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad-incapacidad. - Aspectos de motivación, humor, comportamiento y aceptación.
2. Bienestar material	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a recursos y capacidad económica. - Autogestión y emprendimiento. - Oportunidades laborales.
3. Bienestar personal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales. - Participación y estrategias de comunicación. - Aprovechamiento de oportunidades y nuevos aprendizajes.
4. Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> - Atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.) - Acceso a medicamentos y tratamientos. - Ayudas técnicas (obtención de prótesis

5. Inclusión social	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. - Participación y accesibilidad que rompe barreras sociales. - Relaciones interpersonales con población que no tiene discapacidad. - Acceso a servicios y espacios en los que prime la igualdad.
6. Defensa de los derechos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento acerca de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y cada uno de los principios allí consagrados. - Estar al tanto de los derechos de personas con discapacidad a nivel local, nacional e internacional. - Identificación de acciones que promueven la defensa de los derechos de personas con discapacidad.

Figura 56. Índices de mejoramiento de la calidad de vida.

Nota: Adaptado por Shalock y Verdugo (2007). Citado por, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). https://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04_Libro.pdf

- Grado de dependencia antes de iniciar el proceso

Se sugiere el uso de este indicador, para medir la dependencia que tiene el participante antes de ingresar al proceso, respecto al cuidado de su familiar. Para de esta manera, al final de cada proceso, poder evaluar el impacto que puede llegar a tener la aplicación de la metodología en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las víctimas de MAP, entendiendo que el fin

último de la metodología es que el beneficiario genere independencia, mediante su funcionalidad.

INDICADOR: Grado de dependencia antes de iniciar el proceso.	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Grado de dependencia en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Al momento de tomar los alimentos. - El aseo personal - Al momento de dormir (acostarse y levantarse de la cama). - Al momento de hacer sus necesidades fisiológicas.
Grado de dependencia en el entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Si se mueve por sí solo o no. - Si requiere de la compañía de alguien para poder movilizarse y desplazarse.

Figura 57. Grado de dependencia antes de iniciar el proceso

- Grado de rehabilitación

Con este indicador, se propone medir los avances obtenidos después de la aplicación de la metodología. Para esto, se recomienda tener en cuenta el grado de discapacidad que fue diagnosticado antes de iniciar el proceso de terapias, para confrontarlo con el diagnóstico que se sugiere realizar después de terminar el ciclo de terapias de rehabilitación.

Es importante incluir este indicador en la evaluación del proceso, pero al no encontrar conductos regulares a seguir para poder medir la magnitud del avance, se sugiere valorar el grado de rehabilitación, con el apoyo de un equipo profesional. Entendiendo también, que quien emite este tipo de conceptos es la Junta Directiva de Discapacidad.

9. Conclusiones

“...yo creo que ninguna víctima de los que habemos, estamos en un ancianito ni nada de eso, nosotros estamos luchándola todos los días, entonces no tenemos ...ehhh, no sé once millones, once mil, algo de víctimas que hay en Colombia, yo creo que no hay mil que tengan empleo, de resto todos somos desempleados, empleo informal...”

La pobreza es un factor que se encuentra íntimamente ligado con la discapacidad, según hallazgos identificados desde la caracterización del perfil individual, familiar y sociodemográfico de las víctimas de MAP en el Departamento de Santander. Lo anterior se refleja en que, de una muestra de 13 personas, el 80% del segmento poblacional intervenido proviene del sector rural, el 62,5% pertenece al régimen en salud subsidiado, el 50% tiene un nivel de escolaridad de primaria incompleta. Las actividades económicas que predomina en esta población son las derivadas de la agricultura, antes y después del accidente, lo cual lleva a que el elemento médico protésico se deteriore y el tiempo de utilidad de este se reduzca debido a las variables a las que se encuentra expuesto en las actividades del campo, como el agua, el sol, el uso de la guadaña, caminar por terrenos para los que la prótesis no se encuentra adaptada, el peso que debe soportar al transportar mercancías pesadas.

Debido a esto, se lleva a replantear alternativas en cuanto a las actividades laborales que pueden desempeñar las víctimas de MAP a través de un análisis de la oferta formativa y de las características de reinserción que posee este segmento poblacional, para generar la adquisición y actualización de conocimientos que aporte al desarrollo de competencias de esta población.

Es de resaltar que sólo el 10% de la población abordada (que se representa en 1 participante), tiene un trabajo formal y tiene ingresos de 1 SMLMV, el 90% de los participantes manifestó tener ingresos entre 0 y 1 SMLMV, donde predomina el trabajo informal. En este análisis emerge una variable para tener en cuenta: la edad. Dado que el promedio de edad de la población víctima es de 48 años (según resultados del estudio de caracterización realizado previamente), lleva a proyectar la situación laboral de los sobrevivientes, por cuanto un porcentaje significativo de los participantes manifestó que sienten que la edad es un impedimento para que los empleadores los tengan en cuenta; también que al identificar que contaban con una prótesis desistían de sus servicios y no los tenían en cuenta para contratarlos. Además del producto de la edad, las actividades en el campo y el mal estado en el que se encuentra la prótesis, esta población tiene problemas a largo plazo para continuar desempeñando las actividades en las que se ocupan en la actualidad.

En la aplicación de instrumentos cualitativos se identificaron duelos no superados, sentimientos de desarraigo y pérdida de confianza en las ayudas proporcionadas por el Estado. Lo anterior es fundamento para emprender estrategias que permitan reintegrar a la población víctima de MAP a actividades acordes con su edad, nivel de discapacidad, que les permita ser funcionales y productivos económicamente para ellos y sus familias. Una arista a resaltar es que los participantes manifestaron que se identifican con las personas que adquirieron la discapacidad producto de un accidente con MAP, por tanto es de vital importancia generar grupos de autoayuda en donde se creen espacios de diálogo y se compartan experiencias desde las vivencias en procesos de rehabilitación, superación de duelos, adaptación a la nueva condición y reintegración laboral, desde casos emblemáticos en el Departamento de Santander, teniendo en cuenta la aplicación del enfoque diferencial.

Dado que el 90% de la muestra intervenida manifestó ocupar su tiempo libre en dormir y ver televisión, emerge una preocupación en cuanto al desarrollo de actividades físicas,

compartir espacios con la familia, y planeación de actividades artísticas y culturales en los territorios donde residen los participantes, toda vez que manifiestan no asistir a dichas actividades porque no las realizan y no cuentan con espacios deportivos adaptados a sus necesidades.

Es de resaltar que se identificaron aspectos diferenciales significativos en los procesos de rehabilitación entre actores civiles y militares, en cuanto al acompañamiento desde los componentes técnicos, de salud y psicosociales, y también en lo que respecta al cambio de prótesis. Los actores militares tienen un programa que les proporciona seguimiento y acompañamiento integrando los componentes descritos; de otra parte, los actores civiles deben recurrir a organizaciones no gubernamentales para gestionar un cambio de prótesis, también a las IPS, en donde un alto porcentaje manifiesta que, debido a los largos procesos y papeleos que al final resultan infructuosos, optan por no recurrir a esta instancia; una arista que se develó en el análisis discursivo de los participantes, es que consideran que el personal de las IPS desconoce las rutas de atención a víctimas, por tanto, se debe capacitar a los empleados de estas instituciones, sensibilizándolos en cuanto a los sentimientos de impotencia que conllevan recordar el momento del accidente a los participantes (según relatos de ellos) el que se dilatan los procesos y no contar con un elemento médico protésico que les permita ser funcionales y realizar sus actividades cotidianas.

También, se hace fundamental empoderar a las víctimas de MAP en el reconocimiento de sus derechos, no sólo a los que han sido vulnerados a partir del accidente, sino del conocimiento de la ley 1448 en lo referente a las medidas de reparación integral, que no sólo se debe proporcionar una indemnización, también el Estado debe procurar la restitución -volver a su estado natural cuando sea posible-, una rehabilitación (la cual es entendida desde el componente de salud y psicosocial, también servicios jurídicos y sociales) y asimismo, las

medidas estructurales de naturaleza normativa. Lo anterior representado en las garantías de no repetición.

En el marco del derecho internacional existen principios y directrices que reafirman las obligaciones de los Estados y las consecuencias que surgen de la comisión de violaciones manifiestas de las normas internacionales de Derechos Humanos y de graves violaciones del Derecho Internacional Humanitario. Esto compromete a los Estados a impedir violaciones, a que cuando estas se comentan tengan la obligación de investigar, enjuiciar y castigar a los responsables, teniendo en cuenta las directrices normativas. En este contexto los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a la justicia a las víctimas, así como de otorgar plena reparación a las víctimas, de disponer recursos y proporcionar reparaciones integrales a los sobrevivientes.

En este sentido, se debe mencionar la declaración de Ottawa -también el acuerdo de paz- en donde Colombia, dando cumplimiento con la destrucción y almacenamiento de MAP, comienza el desminado humanitario y, en el marco del acuerdo relacionado con el punto cinco que está dirigido a reconocer y reparar a las víctimas del conflicto a través de mecanismos judiciales como la “Jurisdicción Especial para la Paz”, fortalece las acciones de desminado como garantías de no repetición, tal como lo manifiesta la fuente de derecho internacional en la temática abordada. Aunque el país ha avanzado de forma significativa en desminar territorios en el Departamento de Santander como Sabana de Torres, San Vicente y el Carmen de Chucurí, aún se requiere que se continúen realizando estas iniciativas, toda vez que para el caso particular de la población víctima de MAP, se han identificado los siguientes daños sufridos a partir de análisis del contexto:

Daños físicos:

- Pérdida de un miembro del cuerpo (MI)
- Afectaciones a otras extremidades y partes del cuerpo, como pérdida de la córnea

Daños psicológicos

- Secuelas psicológicas propias de la afectación con la MAP
- Afectación de la estructura de la funcionalidad familiar, que puede llegar hasta la descomposición de la familia
- Afectación de la relación de pareja
- Trastorno de estrés post-traumático
- Revictimización
- Estados de ansiedad
- Alteraciones emocionales (irritabilidad, falta de concentración, problemas para dormir)
- Adaptación a la nueva condición
- Reconfiguración del proyecto de vida
- Nueva percepción de la corporeidad
- Síndrome del miembro fantasma

Daños sociales y colectivos en el territorio

- Percepción de la comunidad frente al hecho
- Nueva percepción de la corporeidad por parte de la comunidad
- Impunidad del hecho, lo cual genera temor en la población
- Estereotipos sociales (referentes a la discapacidad)
- Discriminación laboral por la nueva condición física

Daños morales

- Atentado contra la integridad y la dignidad
- Daño a la vida en relación con la pérdida o mengua de la posibilidad de realizar actividades de vital importancia
- Señalamiento o prejuizgamiento social
- El no poder disfrutar en un periodo de su vida de la felicidad

Daños en el territorio

- Afectaciones a la productividad de las tierras como resultado del desplazamiento forzado, a partir del accidente con MAP
- Impacto en la economía local, debido al abandono forzado de las víctimas, quienes tienen como principal actividad económica la agricultura
- Daño ambiental por la plantación de MAP
- Estancamiento del desarrollo social del territorio

Finalmente, es indispensable integrar las propuestas desde las experiencias vividas y sentidas de los participantes a los procesos de rehabilitación, toda vez que aportan a mejorar las intervenciones y proporcionan una visión holística del proceso. Además, es de vital importancia hacer que converjan diversas áreas; la interdisciplinariedad proporciona desde cada área de experticia que se aborde a las personas como un todo y no de manera fragmentada.

Referencias bibliográficas

Acción Integral contra Minas Antipersonal. (2016). Convención de Ottawa.

Acción Integral contra Minas Antipersonal. (2017). Víctimas de Minas Antipersonal y Municiones Sin Explotar. Recuperado de: <http://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/victimas-minas-antipersonal.aspx>

Anti-personnel landmines around the world: ICRC mine action and the Ottawa Conference. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2002. ICRC Fact Sheet 28 Nov

Arnal, J. (1992). Investigación educativa. Fundamentos y metodología. Barcelona (España): Labor.

Bachelard, E. (1984). Postmodernism and Education. Routledge, London, N.Y. Recuperado de: <http://cuhwww.upr.clu.edu/~huma/libromania/educ2/>

Bilukha, O. O., Brennan, M., & Anderson, M. (2008). The lasting legacy of war:

Brown, T. (2008). Design Thinking. Harvard Business Review, América Latina. Disponible en: https://emprendedoresupa.files.wordpress.com/2010/08/p02_brown-design-hinking.pdf

Calderón, N. (2012). La innovación social como origen de la innovación científica – técnica y de la innovación económica – empresarial. Tesis de Especialización, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

Calderón, P. (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung. *Revista de Paz y Conflictos*. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205016389005>> ISSN

Caquimbo, D. (2010). Estudio de factibilidad para crear un programa de atención psicológica, dirigido a víctimas por Minas Antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE). Universidad Sur colombiana, Neiva.

Centro de Memoria Histórica. (2013) ¡Basta ya! 78p. Recuperado de: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2004). Protocolo sobre los Restos Explosivos de Guerra (Protocolo V). Recuperado de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/treaty-1980-cccw-protocol-5-erw-5x6lck.htm>

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2012). Situación humanitaria, informe de actividades 2012 en Colombia. 22p.

Congreso de Colombia. (07 de 02 de 1997). Ley 361 de 1997.

Congreso de Colombia. (08 de 02 de 1994). Ley General de Educación.

Congreso de Colombia. (10 de 07 de 2007). Ley 1145 de 2007.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1448 de 2011 de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado interno. 54p.

Congreso de Colombia. (29 de 12 de 2010). Ley 1429 de 2010.

Congreso de la República. (28 de 12 de 1992). Ley de Educación Superior [Ley 30 de 1992].

Consejería Presidencial para los Derechos Humanos. (2011). Diagnóstico de la situación de Derechos Humanos y DIH 2000 – I semestre 2011. 65p.

Consejo de Bucaramanga. (10 de 12 de 2010). Política Pública de Discapacidad en el Municipio de Bucaramanga.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2013). Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social.

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2002). Código de Ética Profesional de los Trabajadores Sociales en Colombia. Bogotá: Ibañez.

Constitución Política de Colombia. (1991). Bogotá: Cerquera.

Convención internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad. Francia, 13 de diciembre de 2006. Recuperado de: http://www.discapacidadcolombia.com/juridico/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=7&Itemid=13

Defensoría del Pueblo. (2012). Informe sobre afectaciones de los hechos victimizantes ocurridos durante el periodo 2002 – 2012. 32p.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010). Boletín Censo General 2005 Perfil Colombia.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2008). Identificación de las personas con discapacidad en los territorios desde el diseño del registro.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2010). Ficha Metodológica. Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.

Díaz, L. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/47>.

Dirección Contra Minas. (2016). Declaración de Ottawa del 5 de octubre de 1996 y la Declaración de Bruselas del 27 de junio de 1997. 4p.

Dirección para la acción integral contra Minas Antipersonal. (2018). Desminado humanitario en Colombia. Recuperado de <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx>
Discapacidad. 388p.

Dodge, B. (2009). Motores de búsqueda y Álgebra Booleana. Estados Unidos: Biblioteca de la Universidad de Albany.

Ebrahimzadeh, M. H., & Hariri, S. (2009). Long-term outcomes of unilateral transtibial amputations. *Military Medicine*, 174(6), 593–597. <http://doi.org/10.7205/MILMED-D-028907>

ELSEVIER. (21 de 03 de 2017). ELSEVIER. Obtenido de ELSEVIER:
<http://www.americalatina.elsevier.com/corporate/es/scopus.php>

Epidemiology of injuries from landmines and unexploded ordnance in Afghanistan, 2002-2006. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(6), 493–499.
<http://doi.org/10.1017/S1049023X00006300>

Esquerdo, J. M., Fernández, M. R., & Robles, S. J. (2013). Tratamiento neuropsicológico de dolor de miembro fantasma a propósito de un caso. *Sanidad Militar: Revista de Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA* (2008). Colombia.

García, B. (2014). Mi vida antes y después de ese día. El accidente por minas antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI) su atención y gestión. Universidad Nacional, Bogotá.

Hamui, A., et al. (2012). La técnica de grupos focales. Departamento de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.

Hernández, R. (2006). Metodología de la Investigación (4 ed.). México, D.F.: Mc. Graw Hill.

Hernández, R. (2008). Metodología de la Investigación (6 ed.). México, D.F.: Mc. Graw Hill.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2007). Lineamientos técnicos para la organización del sistema de atención para la protección integral.

International Campaign to Ban Landmines. (2006). A global network working for a world free of landmines. Recuperado de: <http://www.icbl.org/en-gb/home.aspx>

Jara, O. (1994). Para Sistematizar Experiencias. Editorial Alforja. Lima.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: introducing focus group.

Leinonen, T.& Durall, E. (2014). Pensamiento de diseño y aprendizaje colaborativo. Comunicar, XXI (enero-junio). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15830197012> ISSN 1134-3478

Ley 1145 de 2007. República de Colombia, Gobierno Nacional, Bogotá, Colombia, 10 de julio de 2007. Recuperado de: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles146166_archivo_pdf.unknown

Ley 1346 de 2009. Diario Oficial 47427, Bogotá, Colombia, 3 de julio de 2009.

Ley 361 de 1997. Diario oficial 42978, Bogotá, Colombia, 11 de febrero de 1997. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=343>

Ley Estatutaria 1618 de 2013. Colombia, Gobierno Nacional, Bogotá, Colombia, 27 de febrero de 2013. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>

Lofland, J., et al. (2005). Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis. Fourth ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.

Londoño, D. y Atehortúa, G. (2011). Los pasos en el camino de la sistematización. En: Decisio. P.p. 30-36

Maldonado, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. UNED (12), 817-833.

Márquez, A. (2014). El papel de la educación en situaciones de posconflicto: estrategias y recomendaciones. Hallazgos (21), 223-245.

Martínez M. (1999). La investigación cualitativa etnográfica en educación.

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y gestión. Universidad del Norte., 165-193.

Martínez, V. (2009). La nueva agenda de la filosofía para el siglo XXI: los estudios para la paz. 95p. Disponible en Internet: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/92123/36559.pdf?sequence=1>

Ministerio de educación de Chile (2007). Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad motora. 50p.

Ministerio de la Protección Social (2008). Categorización de la variable discapacidad. Julio.

Ministerio de Salud (2013). DisCapacidad. República de Colombia. Recuperado de:
<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>

Ministerio de Salud. (2013). Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Las personas con necesidades complejas de apoyo, con graves discapacidades. 128p.

Ministerio de Trabajo. (2008). Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.

Moreno, J. y Espadas, M. Investigación - acción participativa. En: Diccionario crítico de Ciencias Sociales. Universidad de Jaén.

Moreno, M. (19 de 11 de 2013). slideshare.net. Obtenido de slideshare.net:
<http://es.slideshare.net/milebote/actividad-software-vantage-point-1>

Müller, P. (2000). Elementos para una estrategia de investigación sobre políticas públicas. 45-47P.

Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Recuperado de:
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005). RBC Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 32p.

Naciones Unidas. (13 de 12 de 2007). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Naciones Unidas. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Nava, F. (2007). Socialización del conocimiento académico con el uso de tecnologías de información y comunicación TIC. Enlace, 4(3).

Noguera O., N. Y., & Pérez Ruiz, C. (2014). The nursery situation: “a miracle of life” in the integral application of the concept of mourning. *Avances En Enfermería*, 32(2), 306–313. Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/44278/1/46245-224574-1-PB.pdf>

Observatorio de Derechos Humanos y Derechos Internacional Humanitario. (2013). Informe de Derechos Humanos 2013. 45p.

Ocampo, M. L., Henao, L. M., & Lorena, V. (2010). Amputación de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física. *Univercidad Del Rosario. Facultad de Rehabilitación Y Derechos Humanos.*, 42, 1–26.

OMS, O. M. de la S. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Educación. 27p. Retrieved from http://who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

ONU. (2006). Preguntas frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra.

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las PcD.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1994). *Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC con y para personas con discapacidad.* 25p.

Organización de las Naciones Unidas. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations. Recuperado de: <http://www.temoa.info/es/node/19618>

Organización de las Naciones Unidas. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations. Recuperado de: <http://www.temoa.info/es/node/19618>

Organización de los Estados Americanos. (1999). Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Organización Mundial de la Salud (2001). Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad, CIF. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2008). Discapacidades. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud (2012). Guía para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad. 80p.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de Discapacidad y de la Salud. España: Grafo.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. 388p.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005). RBC Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 32p.

Ortiz, M. y Borjas, B. (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. En: Espacio Abierto. Vol. 17. Núm. 4. p.p. 615-627

Ospina, J. & Serrano, F. (2009). Mecanismos de afrontamiento en familias con un miembro en situación de discapacidad por mina antipersonal. *Revista Ciencias de la salud*.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.

Perea, K. (2012). *Mecanismos de afrontamiento en familias con un miembro en situación de discapacidad por mina antipersonal*. Universidad del Valle, Valle del Cauca.

Presidencia de La República (2005). *Bases para la Formulación de Política Pública en Discapacidad*. Consejería Presidencial de Programas Especiales, Red de Solidaridad Social.

Ojalvo, Victoria (2011). *Pedagogía Autogestionaria. Modulo1, Gerencia Educativa*. Universidad de Manizales.

Presidencia de La República (2005). *Bases para la Formulación de Política Pública en Discapacidad*. Consejería Presidencial de Programas Especiales, Red de Solidaridad Social.

Rossi, P., & Freeman, H. (1993). *Evaluation: A Systematic Approach*, fifth ed., Newbury Park, CA, Sage.

Sanidad de Las Fuerzas Armadas de España, 69(3), 195–202. <http://doi.org/10.4321/S1887-85712013000300006>

Sistema Oficial de Información sobre Minas Antipersonal IMSMA. (2014). Registro de víctimas de Minas Antipersonal por departamento. Recuperado de <http://historico.accioncontraminas.gov.co/ES/Paginas/programa/informacion.html>

Sotto, N. & Vasco, C. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática. Facultad de Ciencias Sociales*, 1(8), 3-22.

Stoeker, R. (1991). Evaluating and Rethinking the Case Study, *the Sociological Review*, 39 (1).

Toboso, M. & Arnau, M. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* (20).

UNICEF. (2014). Colombia destruye arsenal de Minas Antipersonales. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/media/media_23870.html

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informe nacional de desplazamiento forzado en Colombia 1985 a 2012. 2013. <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Informe%20de%20Desplazamiento%201985-2012.pdf> (último acceso: 07 de 04 de 2017).

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informes regionales: DT Norte de Santander y Arauca. Bogotá: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2015.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informe de gestión: Unidad de restitución de tierras, 2016.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Reporte caracterización víctimas del conflicto armado. Estadístico, Bucaramanga: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2015.

Vantage Point. (18 de 03 de 2017). Vantage Point. Obtenido de Vantage Point: <https://www.thevantagepoint.com/>

Vargas, A. (2010). Los actores armados en el teatro de la guerra. 15p.

Vargas, F. C. (2005). Vigilancia como elemento de innovación y desarrollo tecnológico. Ingeniería en investigación, 58.

Villarraga, A. (2003). Movimiento ciudadano por la paz: antecedentes, experiencias y discusiones. 41-56p.

Walsh, E., & Walsh, S. (2003). Rehabilitación de las víctimas de las minas terrestres - El desafío final. 665 – 667.

Yin, R. (1984). Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series, Newbury Park CA, Sage.

Yin, R. (1993). Applications of Case Study Research, Applied Social Research Methods Series (Vol. 34), Newbury Park, CA, Sage.

Yin, R. (1994). Case Study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods (Vol. 5, 2nd ed.), Newbury Park, CA, Sage.