

# El dolor y variables asociadas en víctimas de conflicto armado colombiano con discapacidad física

## Pain and associated variables in victims of colombian armed conflict with physical disability

DOI: 10.18270/chps.v18i2.2975

Recibido: 22-03-2018 Aceptado: 27-12-2019

<https://revistas.usb.edu.co/index.php/UJR>

**\*Ara Mercedes Cerquera-Córdoba**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [ara.cerquera@upb.edu.co](mailto:ara.cerquera@upb.edu.co)

**\*Arbey Jair Peña-Peña**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [arbey.pena94@gmail.com](mailto:arbey.pena94@gmail.com)

**\*Carol Juliana García-Vargas**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [carol.garciavargas@hotmail.com](mailto:carol.garciavargas@hotmail.com)

**\*Diego Andrés Orejuela-Castro**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [diego.orejuela22@hotmail.com](mailto:diego.orejuela22@hotmail.com)

**\*Daisy Katherine Pabón-Poches**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [daisy.pabon@upb.edu.co](mailto:daisy.pabon@upb.edu.co)

**\*Mary Angélica Ramírez-Salazar**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [mary.ramirez@upb.edu.co](mailto:mary.ramirez@upb.edu.co)

**\*Miguel Ángel García-Nova**

Universidad Pontificia Bolivariana – Colombia

Email: [miguel.garcia@upb.edu.co](mailto:miguel.garcia@upb.edu.co)

Copyright: ©2019.

La Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia creative commons Attribution-NonCommercial- NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NCND 4.0)

**Declaración de disponibilidad de datos:** Todos los datos relevantes están dentro del artículo, así como los archivos de soporte de información.

**Conflicto de intereses:** Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.



### Resumen

La investigación tiene como objetivo describir el nivel de dolor percibido, funcionalidad familiar, apoyo social y calidad de vida en 41 víctimas del conflicto armado en condición de discapacidad física en Colombia. Es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, desarrollado mediante la aplicación de una ficha de datos sociodemográficos, el VAS, el APGAR-Familiar, el MOS y el WHOQOL-BREF. En cuanto al dolor físico, el 39% lo considera severo. Para el 63.4%, se presenta alta funcionalidad familiar; el 75.6% tiene una percepción de apoyo social adecuado; y el 68.3% reporta una baja calidad de vida, en general. Se concluye que, a pesar de los resultados satisfactorios en algunas variables, las situaciones relacionadas con el conflicto armado afectan la calidad de vida de los individuos y las posibilidades de mejora en sus condiciones de vida.

**Palabras clave:** Apoyo social, calidad de vida, conflicto armado, dolor percibido.

## Abstract

The current research aims to describe the level of perceived pain, family functionality, social support and quality of life in 41 victims of armed conflict in the condition of physical disability in Colombia. This is a Quantitative, descriptive and cross-sectional study. Five instruments were applied: a sociodemographic data sheet, the VAS, the APGAR-Family, the MOS, and the WHOQOL-BREF. In relation to the perception of pain, 39% considered it as severe. 63,4% of the sample has high family functionality, 75,6% show a perception of adequate social support and 68,3% report a decline of their quality of life. It is concluded that, in spite of the satisfactory results in some variables, situations related to the armed conflict affect the quality of life of the individuals as well as the possibilities of improvement in their living conditions.

**Key words:** Social support, quality of life, armed conflict, pain.

## Introducción

En Colombia, el conflicto armado ha sido protagonizado por distintos actores que han perpetuado una guerra de más de 50 años, ocasionando que los civiles se vean expuestos a condiciones violentas en su vida cotidiana (Balanta, 2014; Gómez-Isa, 2010). La dinámica del conflicto armado colombiano se puede entender a partir de 5 ejes: la disputa por la tierra y el conflicto agrario, la ausencia de garantías para la participación política, el narcotráfico, el contexto y la presión internacional, además de la presencia fragmentada del gobierno en el territorio nacional (Centro Nacional de Memoria Histórica [CNMH], 2013).

Ahora bien, tanto la población civil, como los diferentes actores del conflicto, se ven afectados por estar inmersos en esta realidad. Así bien, se reconoce como víctima a quien de forma individual o colectiva haya sufrido daños directos, como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales (Congreso de la República, 2005). Así mismo, al hablar de víctimas se tiene en cuenta a quien o quienes hayan sufrido un daño por hechos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones a los Derechos Humanos (DDHH) o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales del Derecho Internacional Humanitario (DIH), ocurridas por causa del conflicto armado interno (Congreso de la República, 2001).

Así pues, se afirma que las situaciones relacionadas con el conflicto armado no solo afectan la salud mental, sino las representaciones sobre las posibilidades de proyectos personales, sobre el presente y el futuro, llevando a que la incertidumbre, la sensación de desarraigo y el cuestionamiento de las identidades sociales e individuales sea frecuente (Castaño et al., 2018; Pecaut, 2001; Moreno & Díaz, 2016).

En este sentido, cabe destacar lo expuesto por el Centro Nacional de Memoria Histórica (2013): en las víctimas, influyen aspectos de la violencia como: las características de los eventos violentos sufridos, el tipo de victimario, las modalidades de violencia, las particularidades y los perfiles de las víctimas, su edad, género, pertenencia étnica, condición de discapacidad, experiencia organizativa, adscripciones políticas y religiosas, el tipo de apoyo recibido, las respuestas sociales frente a los hechos y a las víctimas, y las acciones u omisiones del Estado, en especial de las Fuerzas Militares, la Policía y la justicia, pues son los organismos encargados de brindar protección a la población.

En consecuencia, resulta urgente atender al tratamiento de las secuelas del conflicto (Grupo de Psicología Social Crítica de la Universidad de los Andes, 2010), las cuales, conexas a la condición de discapacidad, constituyen una situación de doble vulnerabilidad (Organización Mundial de la Salud, 2011; Counter, 2017).

Frente a lo planteado, es importante considerar que, según el Informe Mundial de la Discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2011), el 15% de la población mundial posee algún tipo de

discapacidad. Para el caso de Colombia, la población que presenta alguna discapacidad alcanza el 2.9%, equivalente a 1.448.889 de colombianos, según el Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Según el Ministerio de Salud, de esta población, 83.082 personas residen en el departamento de Santander y 8.846 de estas también registran como víctimas del conflicto armado.

Por lo anterior, es evidente que esta población debe enfrentarse constantemente a dificultades, como el rechazo social, la dificultad para obtener trabajo, condiciones de abandono, la victimización, y los problemas de acceso al ambiente físico debido a barreras arquitectónicas y de transporte (Retana, 2007); por ende, toma sentido lo mencionado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2012), entidad que afirma que es necesario identificar variables relativas al bienestar físico y psicológico en todas aquellas personas afectadas por el conflicto armado, dado que existen diversos factores determinantes que inciden en la salud física y mental de dicha población.

Según lo encontrado en la literatura, se logra aseverar que la presencia de diversas comorbilidades en esta población complica el abordaje, la evolución y el tratamiento de una enfermedad “central” (Obando, Salcedo & Correa, 2017; Serratos-Vásquez, Guevara-López, García-Miranda, Roa-Aguirre & Rivera-Saldívar, 2011). Una de estas comorbilidades obedece al dolor percibido; el afecto negativo representa un estado general de distrés subjetivo, como nerviosismo, miedo o disgusto, que lleva a los pacientes a percibir más intensamente el dolor (Silva et al., 2012). Según Okeson (1995) el dolor se entiende como una sensación o respuesta a un estímulo nocivo, es una experiencia en la que se incluyen dimensiones cognitivas, emocionales y motivacionales; conjugar todas estas dimensiones, es crucial en el diagnóstico y el tratamiento de las entidades dolorosas.

En este mismo sentido, Riveros, Castro, & Lara-Tapia (2009) logran determinar que el área cognitiva/personalidad, social y familiar son partícipes directos del desarrollo de la enfermedad. En relación a la dimensión afectivo-emocional, según Silva et al. (2012), a mejor estructuración positiva de los afectos, mejor será la evolución de la enfermedad; así bien, la participación activa en los espacios sociales, y la integración familiar y comunitaria, incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida de los individuos.

Así pues, el apoyo social representa una valoración cognitiva que hace el individuo respecto a quienes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad (Muñoz, 2000; Amaya-Roper, 2015), proporcionándole un sentido de estabilidad, predictibilidad y control, que lo lleva a sentirse mejor, a la par que percibe de manera más positiva su ambiente. En cuanto al apoyo provisto por la familia, ésta ofrece soporte en medio de los cambios, influyendo en el desarrollo de la personalidad y en la adquisición de valores que permiten la adaptabilidad e interacción social del individuo (Jiménez, Mandiburo, & Olmedo, 2011; Camargo & Palacio, 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso hablar de funcionalidad familiar como la dinámica familiar caracterizada por la capacidad de adaptabilidad, cooperación, desarrollo, autorrealización y afectividad (Forero, Durán, Duarte, & Campo-Arias, 2006). McCubbin & Thompson (1987) la definen como el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo éste opera, evalúa o se comporta. Por otro lado, la disfuncionalidad en una familia fractura la armonía, lo que da origen a un conflicto permanente, caracterizado por confrontaciones y hostilidades (Cordero, 2015). Desde una perspectiva más amplia, Londoño, Sicachá, & González (2011) señalan que las mismas relaciones interpersonales, el rol de las redes de apoyo social y personal, son determinantes en el proceso de protección y recuperación tras las experiencias traumáticas.

Por último, otra de las variables relevantes en el estado de salud físico, mental y de las condiciones sociales de las personas víctimas con discapacidad física, es la calidad de vida (Handicap International, 2013), que según la Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, esta es entendida como una percepción del individuo sobre su vida, el lugar que ocupa en su contexto cultural y sistema de valores, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones. La calidad de vida se encuentra permeada por actividades diarias, salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales (Cardona- Arias, Ospina-Franco & Eljadue-Alzamora, 2015).

En este punto, cabe anotar que, para Cardona-Arias, Giraldo & Maya (2016), la evaluación de la calidad de vida es de gran importancia en todo tipo de población, pero el mayor interés se ha centrado en personas con limitaciones físicas, psicológicas o sociales, debido a que éstas presentan un mayor deterioro y además implican un mayor costo sanitario para los sistemas de salud.

A partir de lo expuesto anteriormente, se debe mencionar que el presente estudio tiene como objetivo describir el nivel de dolor físico, funcionalidad familiar, apoyo social y la calidad de vida percibida, en una muestra de personas con discapacidad física y registradas como víctimas del conflicto armado en Colombia.

## Metodología

### Diseño

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal.

### Población

La selección de los participantes se hizo bajo un método no probabilístico por bola de nieve, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: (a) reconocerse como víctima directa del conflicto armado colombiano, según la ley 1448 de 2011 (Congreso de la República, 2011), (b) la discapacidad física presente es consecuencia de un hecho enmarcado dentro del conflicto armado, (c) ser mayor de 18 años y (d) firmar el consentimiento informado.

### Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos utilizados para llevar a cabo la presente investigación, apartando datos esenciales en relación a características del instrumento, variables y método de evaluación, así como su consistencia interna.

*Ficha de datos sociodemográficos.* Fue elaborada por los investigadores, e incluye datos como: nombre, edad, estado civil, nivel de escolaridad, nivel de ingresos, nivel socioeconómico, hecho victimizante, así como también lugar y año donde ocurrieron los hechos.

*Escala Visual Análoga (VAS) (Scott & Huskisson, 1976).* Este instrumento mide la sensación de dolor físico que experimenta el sujeto, basándose en una línea de 10 cm, donde 0 cm significa no dolor y 10 cm significa dolor severo. El paciente debe poner una marca para indicar la intensidad del dolor a lo largo de una línea. De 0 a 3 el dolor es leve; de 4 a 7, moderado; y de 8 a 10, severo. La prueba muestra un índice de consistencia interna de 0.88 y una correlación moderada estadísticamente significativa de  $r = 0,6$  (Vélez & Álvarez, 2010). Debido a su sensibilidad, demostrada en distintos ámbitos clínicos y de salud, esta escala resulta ser uno de los métodos óptimos para medir la intensidad de dolor físico percibido por el sujeto (Labronici et al., 2016; Vélez & Álvarez, 2010).

*El APGAR-Familiar (Smikstein, 1978).* Esta escala refleja el estado del funcionamiento familiar según la visión del paciente; está compuesta por 5 preguntas cerradas con tres posibilidades de

respuesta: casi nunca, a veces y casi siempre. Gómez & Ponce (2010) consideran la puntuación de 0 a 3 como funcionalidad baja; las puntuaciones de 4 a 6, como funcionalidad media; y las puntuaciones de 7 a 10, como funcionalidad alta. El alfa de Cronbach fue 0.84 y ningún ítem incrementaba el alfa cuando era extraído de la escala (Bellon, Delgado, Luna, & Lardelli, 1996). Cabe anotar que esta escala se ha utilizado frecuentemente en distintos tipos de población en Colombia (Paniagua, González & Rueda, 2014; Higueta-Gutiérrez, & Cardona-Arias, 2016; Díaz-Cárdenas, Tirado-Amador, & Simancas-Pallares, 2017; Forero, Siabato, & Salamanca, 2017).

*Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social – MOS.* (Sherbourne & Stewart, 1999), es un instrumento auto-aplicable y cuenta con un total de 20 ítems, cuyas respuestas están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre); evalúa los componentes red de apoyo social, apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. De acuerdo con un estudio realizado en Colombia por Londoño et al. (2012), el cuestionario reporta un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .941. Ha sido utilizado en diversas poblaciones, a saber: estudiantes universitarios, hombres y mujeres en contexto médico, mujeres gestantes, adolescentes escolarizados, entre otras (Rosa-Rodríguez, Cartagena, Peña, Berrios, & Osorio, 2015; Cardona-Duque, Medina-Pérez, Herrera-Castaño, & Orozco-Gómez, 2016; Campos et al., 2018).

*WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996).* Es un instrumento auto-aplicable, el cual consta de 26 preguntas con respuesta tipo likert. Incluye dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, así como 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Para el presente estudio, se realizó un análisis de fiabilidad de consistencia interna del instrumento WHOQOL-BREF y se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.917. Ha sido utilizado en investigaciones del campo de la salud en población colombiana; tal es el caso de los estudios liderados por los investigadores Hinz et al. (2014), Cardona- Arias et al. (2015) y Ramírez (2017).

## Procedimiento

El desarrollo de la investigación cumple con 5 etapas. En primer lugar se procede a la elección y capacitación en la aplicación de instrumentos, en este sentido, después de conocer las características de la prueba, se capacita a los miembros del grupo en su aplicación y corrección.

Posteriormente se lleva a cabo el contacto y solicitud de apoyo a instituciones. En esta etapa, se elaboró una carta de presentación de la investigación y se estableció contacto con entidades gubernamentales (Centros de atención a víctimas y Alcaldías de los municipios), fundaciones y organizaciones que brindan servicios y atención a esta población, y finalmente, líderes de colectivos o representantes de mesas de participación de víctimas de conflicto armado o personas con discapacidad (especialmente con deficiencias en estructuras corporales).

Luego, el equipo investigador procede a llevar a cabo la selección de la muestra. Atendiendo a ello, se contactó a los participantes y se les dio a conocer el objetivo de la investigación; tras corroborar los criterios de inclusión, se fijó una fecha y lugar para la aplicación individual de la batería de pruebas mediante muestreo por bola de nieve.

En cuarto lugar, procede con el contacto con la muestra y aplicación de instrumentos. En esta etapa, se contactó a los sujetos escogidos mediante llamada telefónica y se fijó una visita domiciliaria para la aplicación de la batería de pruebas. Durante la visita, se procede con la firma de consentimiento informado según las disposiciones legales declaradas en la Resolución 8430 de 1993, por la cual se decretan los procedimientos de consentimiento y asentimiento informado (Ministerio de la República de Colombia, 1999) y la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el marco deontológico y bioético del ejercicio de la Psicología en Colombia (Congreso de la Colombia, 2006).

Una vez finalizada la recopilación de la información, se procede a sistematizar la información mediante el uso del programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Science SPSS, versión 23 para datos cuantitativos. Se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Prueba de normalidad: para corroborar si los datos tienen una distribución normal o anormal, aplicando la prueba de Kolmogorv-Smirnov,
2. Medición de frecuencias de las variables estudiadas y
3. Correlación entre variables: al corroborar que la distribución de los datos es anormal, se halla el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

## Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos antes descritos.

### Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos permiten evidenciar que la muestra estuvo compuesta por 36 hombres y 5 mujeres, con una edad promedio de 44.95 años, destacándose lo siguiente:

El 48.8% son casados; el 24.4%, solteros; el 51.2% se encuentra en el nivel de escolaridad primaria, mientras que el 11.2% han accedido a educación superior. En cuanto al nivel socioeconómico, el 61% pertenece al estrato 1 y el 29.3%, al estrato 3; la situación laboral del 39% de la muestra es desempleado, mientras que el 34.1% se encuentra activo a nivel laboral. Además, la fuente de ingresos del 41.5% son las labores independientes, siendo el nivel de ingresos del 36.6% mayor al SMLV. No obstante, el 34.1% reporta un nivel de ingresos menor al SMLV.

**Tabla 1.**

*Descripción datos relacionados con el hecho victimizante*

Hecho relacionado con la discapacidad	Fi	%
Tortura	1	2,4
Acto terrorista/Atentados/Hostigamiento	6	14,6
Minas antipersonal/ Artefacto explosivo	34	82,9
Recibe atención/ayuda o hace parte de alguna institución	Fi	%
Si	25	61,0
No	16	39,0
Departamento donde ocurrió el hecho	Fi	%
Santander	18	43,9
Bolívar	7	17,1
Antioquia	6	14,6
Guaviare	2	4,9
Norte de Santander	2	4,9
Arauca	1	2,4
Caquetá	1	2,4
Sector donde ocurrió el hecho	Fi	%
Rural	35	85,4
Urbano	6	14,6

De los hechos acontecidos en el marco del conflicto armado y que se encuentran directamente relacionados con la condición de discapacidad de las personas pertenecientes a la muestra, tal

como se observan en la tabla 1, se identifica que el accidente por mina antipersonal/ artefacto explosivo representa el de mayor ocurrencia (82.9%). En este sentido, el 43.9% de las personas mencionó que los hechos tuvieron lugar en el municipio de Santander, principalmente en el sector rural (85.4%). También, el 61% de las personas participantes manifiestan no pertenecer o recibir atención por parte de instituciones públicas o privadas respecto su situación de víctimas con discapacidad.

## Descripción de variables

**Tabla 2.**

*Percepción de dolor físico (VAS) en personas víctimas del conflicto armado con discapacidad.*

Percepción del dolor	Fi	%
Leve	14	34,1
Moderado	11	26,8
Severo	16	39,0

Respecto a la evaluación de la percepción de dolor a través de la Escala Visual Análoga (VAS) del dolor, se encuentra que el 39% de los participantes manifiesta percibir un nivel dolor severo, específicamente en la zona de la lesión o a sus alrededores.

En cuanto a la escala APGAR, el 63.4% de la muestra presenta alta funcionalidad, mientras que el 12.2% presenta funcionalidad media y el 24.4% muestra funcionalidad baja.

Con relación al apoyo social, este se considera alto (75.6%). Según el comportamiento de las subescalas de la prueba, el 75.6 % de la muestra percibe que recibe apoyo instrumental; el 82.9%, apoyo en las relaciones sociales; el 87.8%, apoyo afectivo; y el 75.6%, apoyo emocional.

**Tabla 3.**

*Percepción de calidad de Vida (WHOQOL-BREF) en personas víctimas del conflicto armado con discapacidad.*

Dominios	Nivel	Fi	%
Calidad de vida en General	Alta	13	31,7
	Baja	28	68,3
Salud General	Alta	12	29,3
	Baja	29	70,7
Calidad de vida en relación a Salud Física	Alta	8	19,5
	Baja	33	80,5
Calidad de vida en relación a Salud Psicológica	Alta	8	19,5
	Baja	33	80,5
Calidad de vida en relación a Relaciones Sociales	Alta	17	34,1
	Baja	27	65,9
Calidad de vida en relación a Ambiente.	Alta	13	31,7
	Baja	28	68,3

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el WHOQOL-BREF, se observa que los participantes perciben una baja calidad de vida a nivel general (68.3%), al igual que en sus cuatro dominios: salud física (80.5%), salud psicológica (80.5%), relaciones sociales (65.9%) y ambiente (68.3%). En cuanto a la salud general, también se identifica una baja percepción, con un 70,7%.

Los resultados aquí reflejados dan cuenta de la crítica situación de las personas víctimas del flagelo del conflicto armado, quienes no sólo afrontan el hecho de ser víctimas, sino que se encuentran en condición de discapacidad; estos hallazgos resultan, entonces, consecuentes con

lo analizado por Cerquera et al. (2017), quienes expresan que la afectación en la calidad de vida resulta predecible dadas las características de la atención en salud brindada a la población víctima. Además, en otros estudios ha quedado en evidencia que la salud física y mental (eje relacionado a la calidad de vida) presenta alta prevalencia de afectaciones en la población víctima (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014; Hewitt et al., 2015).

#### Tabla 4.

*Correlación entre variables percepción de dolor frente a salud general, salud física y psicológica en personas víctimas del conflicto armado con discapacidad*

		Salud general	Salud física	Salud psicológica
	Coefficiente de correlación	-,419**	-,512**	-,399**
Rho de spearman	Percepción de dolor			
	Sig. (bilateral)	,006	,001	,010
	N	41	41	41

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según los análisis correlacionales, la escala evaluativa de dolor (VAS) presenta correlaciones significativas negativas con las sub-escalas: salud general, salud física y salud psicológica (WHOQL-BREF). Esto significaría que a mayor sensación de dolor percibida, menor calidad de vida relacionada con salud (física y psicológica) percibieron las personas pertenecientes a la muestra.

#### Tabla 5.

*Correlación entre variables funcionalidad familiar frente a apoyo social global, apoyo social emocional y apoyo social afectivo en personas víctimas del conflicto armado con discapacidad.*

		Apoyo social Global	Apoyo social Emocional	Apoyo social Afectivo
	Coefficiente de correlación	,497**	,500**	,532**
Rho de spearman	Funcionalidad familiar			
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,000
	N	41	41	41

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Ahora, como se muestra en la tabla número 5, se halla una relación positiva estadísticamente significativa ( $,532$ ;  $p < 0,01$ ) entre la variable funcionalidad familiar (APGAR) y la subescala de apoyo social afectivo del cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS). Así mismo, se observa una correlación positiva entre la variable funcionalidad familiar (APGAR), la percepción de apoyo social global y la subescala de apoyo social emocional (MOS). Entonces, estos resultados muestran que los participantes perciben mayor apoyo social conforme su percepción de funcionalidad familiar aumenta.

## Discusión

Como se puede evidenciar en la investigación, de acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos, el 85.4% de la muestra pertenece al territorio rural. Esto coincide con los porcentajes establecidos por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011), que reportan que un 75.5% de los municipios colombianos son rurales; por tanto, aquellos que se ubican en estas zonas son las principales víctimas que sufren los efectos de una crisis humanitaria que los expone a condiciones violentas en su cotidianidad.

En relación al hecho que más ocurrencia presenta en la muestra, se destaca que este dato tiene gran incidencia en el comportamiento de los resultados, puesto que la afectación o pérdida de un miembro por causa de un accidente por MAP, MUSE o AEI, no solo evidencia la relación entre



los hechos enmarcados dentro del conflicto y la discapacidad, sino que da cuenta de la doble vulnerabilidad a la que se exponen los sobrevivientes (Ruiz & Castaño, 2019; Counter, 2017).

En lo referente a las variables estudiadas, se debe tener en cuenta que la mayoría de la muestra percibe dolor severo, lo que concuerda con los hallazgos de Cerquera, Uribe, Matajira & Salas (2019), quienes identificaron lo siguiente respecto a la intensidad del dolor actual: el 44.2% refirió que el dolor es fuerte y presentan disminución en el desarrollo de las actividades diarias en un 60.8%. Por su parte, Restrepo, Yara, Cano, & Tavera (2014), destacan que un alto número de las víctimas de minas antipersonales o artefactos explosivos improvisados que sufren amputaciones, padecen fuertes y continuos dolores. De igual forma, las personas afectadas por situaciones relacionadas con la violencia pueden mostrar altos niveles de dolor, aun después de que ya no haya presencia de lesión en los tejidos (Chen, 2001; Asociación internacional para el estudio de dolor, 2010).

Por otro lado, teniendo en cuenta que la población puntúa funcionalidad familiar alta, se reconoce que la familia es el entorno más cercano e importante en la vida de una persona. Esto da cuenta de una relación favorable con el entorno familiar, lo que se configura como un factor protector a la hora de intervenir estas poblaciones, pues esta variable ayuda a satisfacer las necesidades biológicas y sociales, así como a enfrentar las adversidades generadas por el medio externo (Díaz, Arrieta, & González, 2014). Así mismo, estas familias son capaces de crear un entorno que facilita el desarrollo personal de sus miembros (González, Gimeno, Meléndez, & Córdoba, 2012), a la vez que fortalece el bienestar subjetivo del afectado al fungir como facilitador del desarrollo de buenas relaciones familiares y promotor de la víctima como integrante activo de la sociedad (Cardona-Arango et al., 2019).

En cuanto a la percepción de apoyo social, la mayoría de la muestra percibe recibir apoyo en alto grado, lo que concuerda con los hallazgos de Vásquez et al. (2018), en donde el 69.6% de las víctimas de conflicto armado perciben un alto apoyo social. Esto puede estar relacionado con el hecho de que la violencia y el conflicto interno armado se presentan como un efecto dinamizador, respecto a las motivaciones de movilización y acción colectiva (Alzate, 2010). Incluso, Silva et al. (2012) afirman que los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida de los individuos; por lo anterior, el apoyo social se considera un modulador de aspectos negativos, puntuaciones que en la presente investigación fueron notables.

Con respecto a la calidad de vida, los participantes presentan bajas puntuaciones a nivel general, resultado que se correlaciona con lo planteado por Melguizo-Herrera, Díaz-Gómez, & Osorio-Lambis (2011); para estos autores, las personas con heridas complejas perciben que tienen una mala calidad de vida, saltándose las bajas puntuaciones en las dimensiones plenitud personal, funcionamiento ocupacional y bienestar físico.

En lo que atañe a los dominios que componen la calidad de vida respecto a la salud, los resultados arrojan que las víctimas del conflicto con discapacidad física perciben un nivel bajo en salud física y psicológica, relaciones sociales y ambiente; cabe mencionar que las puntuaciones con promedio más alto dentro del rango de “percepción baja” corresponden a las dos primeras variables. Estos resultados guardan relación con lo hallado por Obando, López, Ossa, & Blanco (2018), quienes encontraron mayor concentración en estos dos dominios, lo que sugiere, entre otros aspectos, que la evaluación física y su relación con los afectos representa un foco de atención importante desde la intervención psicosocial y en salud para la población con lesiones físicas, como producto del conflicto armado.

En cuanto al dominio de la salud física, y de acuerdo con la baja puntuación obtenida en esta dimensión, vale la pena mencionar el aporte de Handicap International (2013), en donde se afirma que el deterioro de la salud y los problemas físicos pueden verse afectados por el uso prolongado

de prótesis viejas y el funcionamiento físico limitado. Esto puede generar consecuencias negativas, relacionadas con la capacidad de trabajar, ir a la escuela y llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Así mismo, las bajas puntuaciones pueden estar vinculadas con las nuevas condiciones físicas a las que las víctimas con discapacidad tienen que enfrentarse. Esto es afirmado por Deneuille & Perrouillet (2006), quienes detectaron una disminución estadísticamente significativa de la calidad de vida en un grupo de pacientes después de una amputación.

Respecto al dominio de la salud psicológica, de acuerdo con lo planteado por Buzgova, Buzga, & Kristinikova (2009), la amputación es una situación difícil para los afectados, ya que puede actuar negativamente en un largo plazo, aumentar el estrés y causar muchas complicaciones en su vida diaria.

Ahora bien, en lo que atañe al dominio de las relaciones sociales, el cual se identifica como bajo, Handicap International (2013) indica que el tener buenas relaciones familiares y sociales, así como el acceso a un ingreso y un empleo son los determinantes más importantes en la percepción subjetiva de la calidad de vida de las víctimas. Así mismo, para Govela (2016), contar con el apoyo familiar es fundamental en el desarrollo de la socialización de las personas con discapacidad, lo que influye positivamente en la calidad de vida; cuanto mejores sean las interacciones familiares, mayor será el nivel de calidad de vida y felicidad. Este resultado guarda relación con lo aportado por Cardona, Giraldo, & Maya (2016), quienes encontraron el peor promedio en las puntuaciones del dominio de las relaciones sociales, lo cual contrasta con los hallazgos de Obando, López, Ossa, & Blanco (2018). Vale la pena destacar que estos resultados difieren de las puntuaciones de la escala (MOS) de apoyo social, puesto que en esta se reporta una percepción alta de apoyo; sin embargo, esto puede explicarse debido a que corresponde a una medida respecto a la autoevaluación del estado de salud del individuo.

Finalmente, en relación con el dominio de medio ambiente, se considera que este es importante en la calidad de vida de las víctimas del conflicto armado con discapacidad física. Como apoyo a lo anterior, Govela (2016) plantea que la calidad de vida es el resultado de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el medio físico, las situaciones sociales y los recursos.

Es importante mencionar que, a pesar de los resultados satisfactorios en algunas variables, las situaciones relacionadas con el conflicto armado afectan las representaciones sobre las posibilidades de proyectos personales, el presente, el futuro y la estabilidad, llevando a la incertidumbre, la sensación de desarraigo y el cuestionamiento de las identidades sociales e individuales (Pecaut, 2001). Lo anterior explicaría las puntuaciones bajas en lo que respecta a la calidad de vida.

La correlación negativa entre la sensación de dolor y la percepción de calidad de vida, relacionada con la salud física y psicológica, permite comprender que existen factores conexos al dolor como la depresión y la ansiedad, los cuales hacen más crítica la afectación física y emocional (Tonon da Luz et al., 2012; Charry-Lozano, 2016) y, por ende, la calidad de vida se ve afectada. De cara a lo anterior, cabe señalar que Barragán & Almanza-Rodríguez (2013) destacan que las estrategias de afrontamiento, como esperanza, auto-instrucciones, distracción cognitiva, catastrofización, fe y plegarias, sirven para hacer frente al dolor percibido. Por lo anterior, es necesario que en la intervención se considere la integración de aspectos físicos o fisiológicos, psicológicos y emocionales, para mejorar la calidad de vida.

La correlación positiva entre la percepción de funcionalidad familiar y el apoyo social percibido (global, emocional y afectivo), permite sugerir que a pesar de que el conflicto armado afecte, en gran medida, la comunicación y la relación intrafamiliar (Villa, Londoño, Gallego, Arango, & Rosso, 2016), la familia, al menos para el caso de la muestra participante del presente estudio,

sigue constituyéndose y funcionando como espacio para la validación y fortalecimiento de lazos afectivos (Valdes, 2010). En este punto, es importante mencionar que el estado ha pecado al diseñar una política de reparación ya que, dentro de esta, a pesar de que se busca el resarcimiento de las víctimas, haciendo énfasis en lo económico e individual, se cree erradamente que una reparación, pues esta solo se da en el plano individual y no a nivel de la institución de la familia (Monroy, Sierra, & Martínez, 2018).

Finalmente, cabe destacar que la correlación con las subescalas de apoyo social, de orden emocional y afectivo, puede considerarse un reflejo de que, a través de este, se pueden promover mejores condiciones y un aumento de las probabilidades para acceder a la ayuda social (Romero, 2016; Ramos, Holgado, & Maya, 2014). Al parecer, este es el único camino que las comunidades víctimas han de construir en pro del restablecimiento de sus propios derechos y bienestar.

## Conclusiones

Las personas víctimas del conflicto armado que hicieron parte de la muestra son hombres y mujeres con una edad promedio de 44.95 años, casados (as), con nivel de escolaridad primaria, pertenecientes al estrato 1 y que actualmente se encuentran desempleados. Respecto a su situación, reportan ser víctimas de minas antipersonales o artefacto sin explotar. Además, reciben atención, ayuda o hacen parte de alguna institución pública o privada que le apoya de diversas formas.

Por otro lado, la muestra percibe dolor severo, relacionándose con la percepción de dolor tras la lesión, aun después de la reconstrucción de tejidos. Así mismo, la percepción de funcionalidad familiar se identifica como alta, dando cuenta de que, en la mayoría de los casos, las personas víctimas expresan sentirse a gusto con las dinámicas relacionales en la familia.

Se identifica una baja calidad de vida en las víctimas del conflicto armado, tanto a nivel general como en sus distintos dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, dado que se trata de una población cuya discapacidad comporta una fuerte repercusión en aspectos físicos, funcionales y emocionales que afectan la percepción que tiene la persona de su propia vida.

La salud física fue uno de los dominios de la calidad de vida evaluada, cuyo porcentaje fue percibido como el más bajo por los participantes. Dado que la discapacidad es un factor que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación, denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud.

En relación con los datos obtenidos sobre apoyo social y el dominio de relaciones sociales de la escala de calidad de vida, se sugiere que estas variables sean abordadas en próximas investigaciones con muestras más amplias. De tal modo, se tendrá una mayor comprensión de las características de la realidad social y de la dinámica de relaciones que influyen en la calidad de vida de las personas en doble condición de vulnerabilidad, como lo son las víctimas del conflicto en condición de discapacidad física.

La percepción de sensación de dolor afecta de manera negativa la calidad de vida percibida, relacionada con la salud general de las personas víctimas con discapacidad física.

La percepción de apoyo social en relación con la funcionalidad familiar percibida por la muestra del presente estudio representa una relación directamente proporcional. Esto permite concluir que en la medida que las personas víctimas del conflicto armado perciben una estructuración y dinámica familiar positivas, en esa misma medida perciben mayor apoyo de su red social, en especial de tipo emocional y afectivo.

Como limitación, es importante mencionar que el proceso de investigación se vio influido por la dificultad para acceder a la muestra, tanto por razones ligadas a protocolos de seguridad implementados por las instituciones como por las predisposiciones o actitudes negativas que

han asumido los sobrevivientes. Por tanto, el número de personas que integran la muestra es inferior a la recomendada para análisis estadísticos correlacionales. Sin embargo, se considera de gran importancia dar continuidad a la generación de estudios correlacionales e inferenciales que aborden variables de orden psicosocial y variables relacionadas con la salud física y psicológica de la población víctima del conflicto armado, dado que la literatura científica que explore la relación entre las variables aquí mencionadas es muy limitada o casi inexistente.

## Referencias

- Alzate, M. (2010). Interpretaciones frente a la violencia y el conflicto armado en Colombia. *Estudios Sociales*, 18(36), 34-55.
- Amaya-Roper, M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>
- Asociación Internacional para el Estudio de Dolor. (2010). *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos: Material educativo escrito para distribución general a proveedores de asistencia médica por un equipo multidisciplinario y multinacional de autores*. [https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Spanish.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf)
- Balanta, X. C (2014). Victims and Reparations: Limitations and Challenges Colombia Victims Law (Act 1448 of 2011). *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(5), 152-164. <https://www.ijhssnet.com/journal/index/2407>
- Barragán, J. A. & Almanza-Rodríguez, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2302/3335>
- Bellon, J., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
- Buzgova, R., Buzga, M., & Kristinikova, J. (2009). Whoqol: assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Acta Medica Martiniana*, 9(1), 33-40. [shorturl.at/oxH06](http://shorturl.at/oxH06)
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Camargo, A & Palacio, J. (2017). Apoyo social y sentido de comunidad en desplazados y damnificados en el departamento del Magdalena. *Duazary*, 14(1), 35-44. <https://doi.org/10.21676/2389783x.1735>
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D. I., & Agudelo-Cifuentes, M. C. (2019). Happiness as a predictor of family functionality of the elderly in three cities of Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 97-111. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.9>
- Cardona-Arias, J., Ospina-Franco, L. C., & Eljadue-Alzamora, A. P. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del whoqol-bref y el mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 33(1), 50-57. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/15865>
- Cardona-Arias, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica*, 42(4), 438-47. <https://doi.org/10.25100/cm.v42i4.944>
- Cardona-Arias, J., Giraldo, E., & Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 29(1), 17-27. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>

- Cardona-Duque, D. V., Medina-Pérez, Ó. A., Herrera, S. M., & Orozco, P. A. (2016). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(6), 941-954. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1208/1522>
- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago, C. (2018). Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*, 38, 70-85. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Centro Nacional de Memoria Histórica, (2013). Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. En ¡Basta ya! Colombia: Memorias de Guerra y Dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>
- Centro Nacional de Memoria Histórica (Productor). (2013). *Cinco ejes para entender el conflicto armado colombiano*. <https://youtu.be/um6GJiOtn64>
- Cerquera, A. M., Peña, P, García, C. J., Orejuela, D. A., & García, M. Á. (2017). Psicología de la salud en el contexto del conflicto armado en Colombia: un marco de referencia. *Psicogente*, 20(37), 182-192. <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2427>
- Cerquera, A. M., Uribe, A. F., Matajira Y. J., & Salas, M. A. (2019). Caracterización del dolor osteomuscular y apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. *Informes Psicológicos*, 19(2), 25-41. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/8994/8180>
- Charry-Lozano, L. (2016). Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto Suroccidente Colombiano en el año 2011. *Colombia Forense*, 3(2), 53-62. <https://doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>
- Chen, A. (2001). Nuevas perspectivas en correlación cerebral EEG/MEG y PET/Fmri neuroimagen de dolor humano. *Int J Psychophysiol*, 42,147-59.
- Congreso de la Colombia (2006). Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Congreso de la República (2005). *Ley 975 de 2005. Por la cual se dictan disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios*. <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/2013/04/Ley-975-del-25-de-julio-de-2005-concordada-con-decretos-y-sentencias-de-constitucionalidad.pdf>
- Congreso de la República (2011). *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*. <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/Juridica/LEY%201448%20DE%202011.pdf>
- Cordero, J. (2015). *Funcionamiento familiar y bullying* [Tesis de Especialización]. Universidad de Azuay, Cuenca. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4317/1/10874.pdf>
- Counter, M. (2017). 'La doble condición': landmine victims, forced displacement, and disability in Colombia's Magdalena Medio. *Social & Cultural Geography*. *Social & Cultural Geography*, 19(4), 1-25. <https://doi.org/10.1080/14649365.2017.1280616>
- Deneuille, M., & Perrouillet, A. (2006) Survival and Quality of Life after Arterial Revascularization or Major Amputation for Critical Leg Ischemia in Guadeloupe. *Annals of Vascular Surgery*, 20 (6), 753-760. <https://doi.org/10.1007/S10016-006-9087-y>
- Díaz S., Arrieta, K., & González, F. (2012). Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de Odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(3), 217-218. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2012000300014>
- Díaz-Cárdenas, S., Tirado-Amador, L., & Simancas-Pallares, M. (2017). Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(4), 541-548. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n4-2017003>

- Forero, I., Siabato, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442. <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2974/806>
- Forero, L., Durán, Avendaño, M., Duarte, Z., & Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para el funcionamiento familiar es estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29. <http://psiquiatria.org.co/web/publicaciones/revista-colombiana-de-psiquiatria/volumen-35-n-1-ano-2006/articulos-originales/consistencia-interna-y-analisis-de-factores-de-la-escala-apgar-para-evaluar-el-funcionamiento-familiar-en-estudiantes-de-basica-secundaria/>
- Gómez-Isa, F. (2010). La restitución de la tierra y la prevención del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 12(2), 11-58. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/1365>
- González, F., Gimeno, A., Meléndez, J., & Córdoba, A. (2012). La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*, 5(1), 34-39. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1101>
- Govela, R. (2016). Calidad de vida en las familias con integrantes con discapacidad en Jalisco, México: una aproximación objetiva. *Augusto Guzzo Revista Académica*, 1(17), 84. <https://doi.org/10.22287/ag.v1i17.322>
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida (1996). Qué calidad de vida. Foro Mundial de la Salud. *Revista Internacional de Desarrollo Sanitario*, 17(4): 385-387.
- Grupo de Psicología Social Crítica de la Universidad de los Andes. (2010). Del dolor a la propuesta voces del panel de víctimas. *Revista de Estudios Sociales*, 36 (1), 114-125. <https://doi.org/10.7440/res36.2010.11>
- Handicap International. (2013). *Quality of Life of Victims of Mines and Explosive Remnants o War: The Perception of Victims in Colombia*. <https://reliefweb.int/report/colombia/quality-life-victims-mines-and-explosive-remnants-war-perception-victims-colombia>
- Higueta-Gutiérrez, L. F., & Cardona-Arias, J. A. (2016). Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. *CES Psicología*, 9(2), 167-178. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.11>
- Hinz, A., Finck, C., Gómez, Y., Daig, I., Glaesmer, H., & Singer, S. (2014). Anxiety and depression in the general population in Colombia: reference values of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 41-49. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0714-y>
- Jiménez, A., Mandiburo, N., & Olmedo, P. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 317-329. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1165>
- Labronici, J., dos Santos, M., dos Santos-Filho, C., Santos, E., Labronici, J., & Penteadoda Silva, H. (2016). Evaluación del dolor en el adulto mayor. *Acta ortopédica mexicana*, 30(2), 73-80. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S2306-41022016000200073&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S2306-41022016000200073&lng=es&tlng=es)
- Londoño, N., Rogers, L., Castilla, J., Posada, L., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1),142-150. ISSN: 2011-2084.
- Londoño, N., Sicachá, M., & González, J. (2011). Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento "Acacias Bajo" en Armenia - Quindío. *Sinapsis*, 3 (3), 101 - 107. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-Posibles-ManifestacionesDelTrastornoPorEstresPostra-4955446.pdf>
- McCubbin, H., & Thompson, A. (1987). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin, Madison.

- Melguizo-Herrera, E., Díaz-Gómez, A., & Osorio-Lambis, M. (2011). Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 942-952. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642011000600007>
- Ministerio de la República de Colombia (1999). Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI*. [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas\\_PAPSIVI.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019). *Sala situacional de las Personas con Discapacidad*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-discapacidad.pdf>
- Monroy, Y. R. M., Sierra, J. M. P., & Martínez, D. F. V. (2018). Procesos de paz en Colombia: derechos humanos y familias víctimas del conflicto armado. *JURÍDICAS CUC*, 14(1), 55-74. <https://doi.org/10.17981/juridcuc.14.1.2018.03>
- Moreno, A., & Díaz, M. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *AGORA*, 16(1), 193- 213. <https://doi.org/10.21500/16578031.2172>
- Muñoz L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. En: Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Obando Cabezas, L., Salcedo Serna, M. A., & Correa, L. F. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20(38), 382-397. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2559>
- Obando, L., López, A., De la Ossa, M., & Blanco, M. (2018). Adultos en situación de discapacidad: Calidad de vida y características sociodemográficas en Sincelejo (Sucre, Colombia). *Areté*, 18(1), 32-39.
- Okeson, J. (1995). *Bell's Orofacial Pain*. 5th Ed. Chicago. Quintessence publishing Co, Inc.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. OMS Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Paniagua, R. E., González, C. M., & Rueda, S. M. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 314-321. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/18138>
- Pécaut, D. (2001). *Guerra contra la sociedad*. Espasa.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *Informe de desarrollo humano 2011. Colombia rural. Razones para la esperanza*. [http://hdr.undp.org/sites/default/files/nhdr\\_colombia\\_2011\\_es\\_low.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/nhdr_colombia_2011_es_low.pdf)
- Ramírez, J. A. G. (2017). Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (2), 191-203. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/746>
- Ramírez, N. H., Acosta, F. J., Baños, A. J. P., Luzardo, J. G., Chávez, Y. M. R., Castilla, A. M. S., & Amaya, M. V. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista colombiana de psicología*, 25(1), 125-140.
- Ramos-Vidal, I., Holgado, D., & Maya-Jariego, I. (2014). Las redes personales de los desplazados internos por la violencia política en Colombia: una aproximación al caso del departamento del Atlántico. *Trace*, (65), 51-68. <https://doi.org/10.22134/trace.65.2014.49>
- Restrepo, J. E., Yara, E. A., Cano Betancur, J., & Tavera, L. N. (2014). Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.02.004>

- Retana, J. (2007). *La discapacidad por amputación traumática y la educación emocional* [tesis de pregrado]. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Riveros, A., Castro, C., & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(12), 291-304. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Romero, M. (2016). El Apoyo Social y la discapacidad física en España (Tesis de grado). <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3238/1/Romero%20Moreno%2C%20Javier.pdf>
- Rosa-Rodríguez, Y., Cartagena, N. N., Peña, Y. M., Berríos, A. Q., & Osorio, N. T. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43. <https://doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03>
- Ruiz Romero, G. A., & Castaño Zapata, D. (2019). La expuesta vulnerabilidad del cuerpo: registros de la victimización por minas antipersonal en Colombia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 64(236), 111-136. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2019.236.61263>
- Scott, J., & Huskisson, E. (1976). Graphic representation of pain. *Journal Of Pain*, 2, 175-184. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(76\)90113-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(76)90113-5)
- Serratos-Vasquez, M., Guevara-López, U., García-Miranda, G., Roa-Aguirre, L., & Rivera-Saldívar, G. (2011). Frecuencia del dolor neuropático en pacientes con lesiones músculo-esqueléticas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 264-269. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTI-CULO=31551>
- Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Silva, K., Ortiz, A., Patiño, E., Aguilera, C., Velasco, T., García de Vicuña, R., & González, I. (2012). Influencia de la estructura de los afectos en la evaluación de la artritis reumatoide mediante la escala visual analógica de dolor, el HAQ y el DAS28. *Reumatología Clínica*, 8(6), 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.04.002>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239. <https://psycnet.apa.org/record/1979-26481-001>
- Tonon da Luz, S. C., Souza, J. B., Andrade, M. C., Ventoza, C., Honorio, G. J. S., Ávila, A. O. V., & Berral, F. J. (2012). Valoración del síndrome del dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. *Trauma*, 23(3), 176-182. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4035349>
- Valdés, P., A., M. (2010). El proceso vivencial de las víctimas civiles de MAP, AEI Y REG en la zona caribe. En Blandón, L., Echavéz, P., & Valdes, A., *Discursos y percepciones de los actores involucrados en la experiencia vivencial de las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) y Resto Explosivo de Guerra (REG) en los departamentos de Bolívar y Sucre.* (237- 263). Colombia: Handicap International.
- Vásquez, J., Echeverri, M., Moreno, J., Carrasco, N., Ferrel, F., & Ferrel, L. (2018). El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 18(2), 362-373. <http://dx.doi.org/10.21500/16578031.3387>
- Vásquez, J., Echeverry, M.C, Moreno, J., Carrasco, N.E, Ferrel, F.R & Ferrel, L.F. (2018). El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 18(2), 362-373. <https://doi.org/10.21500/16578031.3387>
- Vélez & Álvarez (2010). Validación de una escala para valorar el dolor en pacientes odontológicos. *Revista CES Psicología*, 3(1), 4-13.
- Villa, J. D., Londoño, N., Gallego M., Arango, L., & Rosso, M. (2016). Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y experiencia clínica comunitaria. Acompañamiento psicosocial para la "rehabilitación" de víctimas del conflicto armado. *Revista El Ágora USB*, 16(2), 427 - 452. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/2454>