



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

PREDISPOSING FACTORS IN THE OCCURRENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND ITS INFLUENCE ON THE EXECUTION OF OCCUPATIONAL ROLES IN A POPULATION VICTIM OF THE ARMED CONFLICT IN NORTE DE SANTANDER

Para citar este artículo:

Sanchez M. (2021). Factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

To. Martha Liliana Sánchez Cubillos*

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander, partiendo de un enfoque mixto y un tipo de investigación descriptiva y explorativa, haciendo uso de los instrumentos estandarizados como el listado de roles y la entrevista semiestructurada del OPHI II. Resultados: la etapa del ciclo vital predominante entre las víctimas se encuentra en la transición de la adultez a la adultez mayor; el factor con mayor impacto para la aparición del trastorno por estrés postraumático está dado por la magnitud del estresor, con el elemento específico de exposición directa al trauma, desencadenando una sintomatología que impacta en el rol de aficionado, dificultando la identificación de intereses debido a la falta de intervención de los factores pos trauma. Conclusión: La investigación evidenció la importancia de intervención psicosocial por parte de terapia ocupacional promoviendo los factores protectores desde las redes de apoyo como elemento del factor pos trauma.

PALABRAS CLAVE: Roles ocupacionales, terapia ocupacional, trastorno por estrés postraumático

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the influence of predisposing factors in the occurrence of post-traumatic stress disorder and the execution of occupational roles in a population victim of the armed conflict in Norte de Santander, based on a mixed approach and a type of descriptive and exploratory research. , making use of the standardized instruments list of roles and the semi-structured interview of OPHI II. Results: The stage of the predominant life cycle among the victims is in the transition from adulthood to adulthood; The factor with the greatest impact for the occurrence of post-traumatic stress disorder is given by the magnitude of the stressor, with the specific element of direct exposure to trauma, triggering a symptomatology that impacts on the role of amateur, making it difficult to identify interests due to the lack of intervention of post-trauma factors. Conclusion: The research evidenced the importance of psychosocial intervention by occupational therapy, promoting protective factors from support networks as an element of post-trauma factor.

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



INTRODUCCIÓN

Colombia como país del hemisferio occidental, es considerada la nación con el conflicto armado interno más antiguo del mundo según el informe general del centro nacional de memoria histórica (Grupo de memoria histórica, 2013), remontándose el enfrentamiento bélico a la década de los años treinta, originándose entre la disputa entre los partidos políticos por el poder, (Montalvo Velasquez, 2012) conllevando a actos violentos en contra la población civil, extendiendo dicho sucesos a la actualidad con la operación de las guerrillas principalmente las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC y el Ejército de Liberación Nacional ELN, que son fruto de las dinámicas sociales y regionales (Saumeth Cadavid, Centro de pesquisas estrategicas Paulino soares de sousa, 2018)

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

La trascendencia de estas consecuencias, está dada según Belloch (1995) por la reacción

psicológica ante la situación traumática, la que se encuentra relacionada con factores de vulnerabilidad pre trauma, intensidad del trauma y factores pos trauma, con llevando a la aparición de posibles trastornos de tipo mental como depresión, ansiedad y trastorno por estrés pos traumático, trastornos que son los más representativos en la población adulta víctima del conflicto armado, (Castaño, Sierra, Torres, Salas, & Buitrago, 2018) teniendo como consecuencia dificultades del razonamiento, comportamiento, facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida. (Artículo 5 ley 1616 de 2013) cuya persistencia y características sintomatológicas representan una desestructuración de las actividades concernientes al desempeño de las ocupaciones propias de roles laborales, educativos y sociales, por ejemplo un estudiante quien estuvo expuesto a secuestro puede experimentar dificultades de razonamiento en su rol escolar, reflejándose en la concentración y pensamiento, debido a síntomas de desrealización, haciendo de su entorno académico irreal y distante, incumpliendo de esta manera con el guion del rol escolar donde es indispensable los procesos mentales superiores en este caso la concentración para dar continuidad a un proceso de aprendizaje.

Es importante adicionar que la prevalencia de los trastornos mentales también se ha confirmado un año después de la exposición a los hechos de victimización, un evento psicológico muy frecuente con esta característica es el trastorno por estrés postraumático, (Castaño, Sierra, Torres, Salas, & Buitrago, 2018) ,trastorno que cumple con las características en alteración del comportamiento y de adaptación a las condiciones de la vida diaria, que se encuentra asociado a la violencia (Barlow & Durand, 2001),el DSM V (2013) (Asociacion americana de psiquiatria, 2013) describe el suceso fijador del trastorno por la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror, posteriormente las victimas vuelven a



experimentar el acontecimiento a través de recuerdos y pesadillas, acompañado de angustia, reacciones disociativas, malestar psicológico, reacciones fisiológicas, evitación persistente en estímulos asociados al suceso traumático, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración importante de la alerta y la reactividad, por ejemplo un individuo que constantemente presenta alteraciones negativas con el pensamiento recurrente de “no poder confiar en nadie” no puede realizar actividades de tipo social, o de trabajo en grupo debido a que piensa que alguien le hará daño, dificultando la identificación de su rol social con amigos, aislándose finalmente de amigos o familiares.

Por consiguiente la afirmación dada por Wilcock (2011) de que el “bienestar psicológico social y aspectos esenciales en el concepto actual de salud, se encuentra vinculado con la capacidad de ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas”, se puede deducir que presentada una alteración de tipo mental o social que irrumpa en un estado de salud, el individuo manifestará una limitación significativa en el desarrollo personal y ocupacional, interfiriendo también Crepau y Shell, (2009) en los modelos normativos de la conducta que se basan en la cultura y sociedad (roles) partiendo de estos últimos como eje central para la investigación, los que también se encuentran definidos por la asimilación de un estatus social o personalmente definido y su correspondiente conjunto de acciones y actitudes asociadas.

Expuesto lo anterior esta investigación tiene por objetivo determinar los factores de vulnerabilidad pre trauma: Historia familiar de desórdenes mentales, género, traumatización temprana, experiencias negativas parentales; trauma o magnitud del estresor: exposición al trauma, afrontamiento), y factores pos trauma; síntomas emergentes, apoyo social, que predisponen en el individuo la adquisición de estrés postraumático y su posterior influencia en la ejecución de roles ocupacionales desde

los aspectos laborales, educativos, social, familiar, aficionado, voluntario en las víctimas del conflicto armado existentes en el departamento de Norte de Santander, indagando sobre equilibrio en la internalización, identificación y guion del rol.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación partió de un enfoque mixto, y un tipo de investigación descriptiva y explorativa, para el análisis cuantitativo se hace uso del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) que permitió determinar número de variables descriptivas y de frecuencias, distribución porcentual, frecuencia e incidencia, elaboración de tablas con valores estadísticos descriptivos. El análisis cualitativo de los datos se dio a través de la triangulación de datos en la que se utilizaron las técnicas de fundamentación teórica, grupos focales y narrativa de vida, para posteriormente establecer la influencia mediante el análisis de contenido

Sujetos

La muestra de estudio está conformada por 30 individuos mayores de edad caracterizados por el registro único de víctimas, pertenecientes a su vez a las asociaciones adscritas a los entes gubernamentales encargados de llevar a cabo los procesos de rehabilitación integral

Instrumentos

Para determinar la influencia entre los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y los roles ocupacionales se utilizaron instrumentos como el listado de roles que permitió determinar la frecuencia y el valor asignado respecto a roles laborales, educativos, sociales y familiares y la entrevista semiestructurada para identificar los factores de predisposición ante el trastorno por estrés postraumático relacionados con el hecho victimizante



RESULTADOS

Respecto a las condiciones de aspectos sociodemográficos, en primera medida es indispensable contemplar el género, en donde se observó predominancia del hecho victimizante en el género femenino, lo que se encuentra en concordancia con los datos del auto 092, del 2008, que indica que por causa de su condición de género, las mujeres están expuestas a riesgos particulares y vulnerabilidades específicas dentro del conflicto armado.

En la tabla 1 se presentan los hallazgos respecto a las condiciones sociodemográficas de la muestra

Tabla 1 . Condiciones sociodemográficas de los participantes

Genero	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Masculino	10	66,7%
Femenino	20	33,3%
Edad		
18-28 años	4	13,00%
29-39 años	4	13,00%
40_50 años	5	17,00%
51-61 años	8	27,00%
62-72 años	7	23,00%
73-63 años	2	07,00%
Nivel de escolaridad		
Ninguna	2	6,70%
Primaria	13	43,30%
Secundaria	8	26,70%
Técnica	3	10,00%
Universitaria	4	13,30%
Tipo de trabajo		
Trabajo formal	2	6,70%
Trabajo informal	10	33,30%
No trabaja	18	60,00%

El ciclo de vida con mayor prevalencia está caracterizado por la transición de adulto a adulto mayor, coincidiendo con los datos de la red nacional de información de 2018, lo que conlleva a estudiar el impacto residual que ha tenido el conflicto armado en los roles ocupacionales en esta población.

En el nivel de formación académica impera el nivel primario debido a condiciones

socioeconómicas que impedían continuar con la formación académica de los participantes en su etapa infantil, por último se observa que predomina la tasa de desempleo de las víctimas del conflicto armado lo que se encuentra vinculada al bajo nivel de escolaridad y la etapa de vida de adulto y adulto mayor, sin embargo en comparación con el departamento administrativo nacional de estadística respecto a las personas con empleo se puede establecer una semejanza en proporción debido a que se indica que la tasa de ocupación de la población víctima del conflicto en Colombia es de 44%, sin embargo, la informalidad representa más del 93% del empleo en esta población.

A continuación se presentan los resultados respecto a los hechos victimizantes declarados por los participantes

Tabla 2. Hechos victimizaste en los participantes

Hecho victimizante	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Desplazamiento forzado		
No	18	60,00%
Sí	12	40,00%
Desaparición forzada		
No	28	93,30%
Sí	2	6,70%
Acto terrorista		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Amenaza		
No	25	83,30%
Sí	5	16,70%
Homicidio		
No	15	50,00%
Sí	15	50,00%
Lesiones físicas		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Minas antipersona		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Perdida de inmuebles		
No	25	83,30%
Sí	5	16,70%
Secuestro		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Tortura		
No	30	100,00%
Sí	0	0,00%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual		
No	30	100,00%
Sí	0	0,00%



Los hechos victimizantes ocurren a partir de la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales, los principales derechos vulnerados comprenden el derecho a la vida, integridad y libertad de los individuos, expresados en homicidio, desplazamiento forzado, pérdida de inmuebles, amenaza, desaparecimiento forzado, secuestro, minas antipersona, lesiones físicas.

En la tabla 3, se muestran los resultados obtenidos respecto a la identificación de los roles en tiempo pasado, presente y futuro y asignación de valores de: nada valioso, alguna importancia y muy valioso, obtenidos a través del listado de roles.

Tabla 3. Distribución de roles ocupacionales en tiempo y valor

Rol		Nada valioso		Con alguna importancia		Muy valioso	
		N	%	N	%	N	%
Rol estudiante							
Rol pasado	No	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
	Sí	1	3,6%	5	17,9%	2	78,6%
Rol presente	No	1	3,7%	6	22,2%	2	74,1%
	Sí	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
Rol futuro	No	1	5,3%	6	31,6%	1	63,2%
	Sí	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Rol trabajador							
Rol pasado	No	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Sí	1	3,7%	3	11,1%	2	85,2%
Rol presente	No	1	6,7%	2	13,3%	1	80,0%
	Sí	0	0,0%	1	6,7%	1	93,3%
Rol futuro	No	0	0,0%	1	10,0%	9	90,0%
	Sí	1	5,0%	2	10,0%	1	85,0%
Rol voluntario							
Rol pasado	No	1	44,4%	7	25,9%	8	29,6%
	Sí	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
Rol presente	No	1	41,4%	8	27,6%	9	31,0%
	Sí	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Rol futuro	No	1	54,5%	6	27,3%	4	18,2%
	Sí	0	0,0%	2	25,0%	6	75,0%

Rol proveedor de cuidados							
Rol pasado	No	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%
	Sí	0	0,0%	2	7,7%	2	92,3%
Rol presente	No	1	10,0%	2	20,0%	7	70,0%
	Sí	0	0,0%	1	5,0%	1	95,0%
Rol futuro	No	1	11,1%	1	11,1%	7	77,8%
	Sí	0	0,0%	2	9,5%	1	90,5%
Rol amo de casa							
Rol pasado	No	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%
	Sí	0	0,0%	2	7,7%	2	92,3%
Rol presente	No	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	7,4%	2	92,6%
Rol futuro	No	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
	Sí	0	0,0%	4	14,8%	2	85,2%
Rol amigo							
Rol pasado	No	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	6	21,4%	2	78,6%
Rol presente	No	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
	Sí	0	0,0%	6	22,2%	2	77,8%
Rol futuro	No	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%
	Sí	0	0,0%	5	19,2%	2	80,8%
Rol miembro de familia							
Rol pasado	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	6,7%	2	93,3%
Rol presente	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	6,7%	2	93,3%
Rol futuro	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	6,7%	2	93,3%
Rol participante religioso							
Rol pasado	No	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
	Sí	0	0,0%	1	3,7%	2	96,3%
Rol presente	No	0	0,0%	1	12,5%	7	87,5%
	Sí	0	0,0%	1	4,5%	2	95,5%
Rol futuro	No	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
	Sí	0	0,0%	1	3,7%	2	96,3%
Rol aficionado							
Rol pasado	No	1	62,5%	4	25,0%	2	12,5%
	Sí	0	0,0%	2	14,3%	1	85,7%



						2	
Rol presente	N o	1	55,6 %	5	27,8%	3	16,7%
	Sí	0	0,0%	1	8,3%	1	91,7%
Rol futuro	N o	1	62,5 %	5	31,3%	1	6,3%
	Sí	0	0,0%	1	7,1%	3	92,9%
Rol participante en organizaciones							
Rol pasado	N o	5	50,0 %	2	20,0%	3	30,0%
	Sí	1	5,0%	4	20,0%	1	75,0%
Rol presente	N o	5	55,6 %	2	22,2%	2	22,2%
	Sí	1	4,8%	4	19,0%	1	76,2%
Rol futuro	N o	5	62,5 %	1	12,5%	2	25,0%
	Sí	1	4,5%	5	22,7%	1	72,7%

Posterior a identificar las condiciones sociodemográficas dentro de las cuales la edad representa un papel importante para el estudio, se evidencia que el rol con mayor representatividad para la investigación es el de aficionado, debido a que acorde a las expectativas de los patrones de ejecución, la etapa de adultez mayor se caracteriza por el aumento del tiempo libre y de ocio (Kielhofner, 2014) por lo que priman la ejecución de actividades de interés, goce y placer, lo que se vincula directamente al presente rol. Lo anterior permite argumentar la importancia del rol, dado que se observa que los participantes asignan un alto valor de importancia, pero no ejecutan el rol en tiempo presente, percibiendo que los participantes no identifican intereses que puedan expresarse en actividades significativas, todo esto consecutivo a un hecho violento.

Datos cualitativos factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés postraumático

Factor 1: Vulnerabilidad pre trauma

Se identificaron seis sujetos en dos momentos en la recolección de la información que presentan los elementos propios del factor de vulnerabilidad pre trauma, estos elementos

hacen referencia al género, en el que hay mayor proporción de individuos de género femenino, constituyéndose como elemento sensible acorde a las perspectivas biológica y social cognitiva; de igual forma se evidencian dos elementos más que configuran en factor de riesgo, la traumatización temprana identificada en los relatos del sujeto 4: “Cuando era pequeña escuchaba y vivía como mi papá le pegaba a mi mamá y a nosotros cuando llegaba borracho”, Sujeto 9: “Perdí a mi papá cuando era una niña, yo solo escuche los tiros” Sujeto 11: “Cada rato amenazaba a mis papas con que nos iban a llevar, y nos iban hacer quedar con ellos, junto con mi hermana, un día vi como mis papas discutían y se pegaban con esos señores para que no nos llevaran amenaza” Sujeto 16: En el año 91 cuando era muy pequeño mi familia vivió desplazamiento, pero no recuerdo mucho (...) debido a que esa parte donde se ubica una finca que tiene mi padre, es un corredor, llegaron unos grupos alzados en armas al margen de la ley desplazaron en un primer plano a mi papa y una tía, debido a la situación precaria, nosotros hijos y mamá nos vimos en la obligación de venir a vivir al pueblo en una situación bastante deplorable debido a la capacidad económica que teníamos en ese momento, y por ultimo las relaciones parentales negativas: identificadas en el sujeto 4: cuando era pequeña escuchaba y vivía como mi papa le pegaba a mi mama y a nosotros cuando llegaba borracho, estos dos últimos elementos presentan pre disponibilidad ya que si estos factores se dan en la infancia los sujetos en la adultez, presentarían una incapacidad en modular su adaptación al estrés, así como sus emociones, que acompañado por la experiencia de un hecho victimizante intensificaría la probabilidad de aparición del TEPT.

Por lo que se puede comprobar y en concordancia con Shalev (1996) que los elementos de este factor en conjunto pueden desencadenar en el trastorno por estrés postraumático, pero sin embargo no son los principales desencadenantes del trastorno.



Factor 2: Magnitud del estresor

Se identificaron seis sujetos que tuvieron exposición directa por vivencia de un hecho violento, enmarcando en experiencias de desplazamiento forzado de tierras, lesiones físicas, donde se ha atentado con la vida y dignidad de las personas lo que permite concluir y de acuerdo a Beristain (2000) que la dimensión del evento traumático es proporcional a los acontecimientos que implican la vivencia estresante a la que fueron expuestos los individuos, por lo que el vivenciar un evento directamente presenta mayor impacto a diferencia de los que vivencian por conocimiento u observación.

Lo anterior está acorde a lo planteado por Shalev en (1996) donde indica que la exposición al evento traumático es un factor de riesgo para la aparición del TEPT, sin embargo se considera como el factor con mayor grado de predisposición para la aparición del trastorno, dado que este es el elemento fijador y desencadenante, pues seguramente así existieran otros factores de riesgo, sin la presencia del evento traumático no existiría la posibilidad de aparición del trastorno mental.

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

Factor 3: Factores postrauma

En este factor los informantes claves y sujetos de los grupos focales describen dentro del apoyo social o red de apoyo que no han recibido ningún tipo de ayuda, sujeto 16 “Yo diría que ninguno (apoyo social), (...) porque

para declarar, se pudo hacer después de siete meses, después llegó la resolución y es con lo único que cuento de resto ayuda psicológica y económica de ninguna forma. (...) me deja un sin sabor, porque es responsabilidad del estado debido a que es un hecho de repetición. Sujeto 16 “Nunca recibimos apoyo de ninguna organización o del estado, quedamos sin nada y aun no tenemos nada”. Sujeto 14: Nadie me ayudó ni a mí ni a mi familia, seguimos buscando ayuda, e incluso el estado no nos da solución, solo estamos inscritos, pero siempre parecemos limosneros”, Lo que converge hacia una probabilidad alta de aparición de TETP en vista de que las personas no han recibido algún tipo de apoyo emocional, psicológico, ocupacional o económico se pueden exacerbar los síntomas desencadenando el TEPT teniendo en cuenta que el apoyo social cumple una función de ayuda, ofrecen identidad social y posibilitan a la sociedad control individual, además incluye apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos de servicio materiales, tienen efecto directo sobre la salud y un efecto amortiguador sobre los acontecimientos vitales estresantes (Berreuta Maeztu & Bellido Mainar, 2012).

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

De igual forma el sujeto 6,14,16 ,24 cumplen con los criterios de síntomas emergentes y en referencia a los criterios del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (2016) en el cual los principales síntomas emergentes están relacionados con pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados con el suceso traumático y el estado de ánimo negativo persistente como angustia, temor, ira, pensamientos constantes, los que se presentaron inmediatamente al hecho violento referido en las narraciones lo siguiente: sujeto 14:



“Recuerdo constantemente cuando mataron a las otra personas, eso causa profundo dolor, e impotencia, uno solo piensa que pudo ser uno” sujeto 24.” Es una mezcla de todo, de rabia, de tristeza, sale a fluir el odio que uno nunca ha sentido, de impotencia, de uno desarmado, de no poder defender lo de uno, su familia, pudieron violar a mi señora a mi hija, es una mezcla de todo, es terrible. (...) Frecuentemente recordaba ese momento, es como dormir despierto, me acostaba cansado y como que rebobinaba todo, y pensaba si yo hubiese hecho tal cosa, en que me equivoqué, en que fui imprudente, y eso es diario, y es muy difícil, se me cayó el cabello, viví un tiempo resentido, pero ya no”.

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

DISCUSIÓN

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

3,3%, minas antipersona 3,3%, lesiones físicas 3,3%.

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

No obstante, otros factores predisponentes identificados en la categoría de factor vulnerabilidad pre trauma con alta probabilidad para la aparición del TETPT se relacionan con el género, la traumatización temprana y las experiencias negativas tempranas; respecto a la edad se halló relación con las perspectivas biológica que indica que el hipocampo en las mujeres es más sensibles, y el sistema límbico responde de manera aumentada ante las emociones, la perspectiva feminista – psicodinámica que supone que las mujeres víctimas tienen mayor probabilidad de culparse a sí mismas por la violencia de la experiencia traumática que los hombres; y la perspectiva social- cognitiva, en que los hombres son descritos socialmente como activos, instrumentales y agresivos y las mujeres como pasivas, dependientes y emocionales (Saigh y Bremner, 1999), puesto que las mujeres manifestaron sentirse con mayor sintomatología de tristeza, depresión, además de que su tiempo de aceptación ante el evento duro mucho más tiempo que el de los hombres, de igual forma al verbalizar los eventos los hombres demuestran menos emociones y mayores mecanismos de afrontamiento que el de las mujeres.



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

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

También se identificó que aunque el propósito de la investigación es identificar los factores de pre disponibilidad ante el TEPT hay elementos que pueden ser elementos protectores, como por ejemplo los mecanismos de afrontamiento, encontrando que los individuos hacen uso de mecanismos de afrontamiento familiar para

superar el evento violento, ya que este es expresado con la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, reduciendo así la aparición del TEPT. Expuesto lo anterior se puede inferir y de acuerdo a los planteamientos de Shalev en 1996 respecto a los factores asociados al TEPT que los factores de mayor riesgo para la aparición del trastorno mental hacen referencia a la magnitud del estresor, teniendo en cuenta que aunque existen factores propios de la persona (factores de vulnerabilidad pre trauma) sin la existencia de la exposición al evento traumático o violento no se desarrollaría un TEPT, agregando además que los síntomas emergentes son prevenibles a través de los servicios que presta una red social u organizaciones de red de apoyo. Lo que conduce a que aunque el hecho violento no puede ser prevenido a causa de su naturaleza las consecuencias de este si pueden serlo, mediante la atención oportuna.

Definidos los factores que presentan mayor pre disponibilidad para la aparición del trastorno por estrés postraumático en las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander es necesario definir los síntomas ocupacionales encontrados, que a partir de los criterios diagnósticos del DSM V (2013) se originan por la presencia de uno o más de los síntomas de intrusión, evitación persistente de estímulos asociados, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo que conllevan a una disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, además del deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, basada en lo anterior se identificó que a partir de la exposición al evento traumático (elemento de factor de magnitud del estresor) se presenta un impacto en los patrones de organización específicamente en los roles ocupacionales, este impacto se reflejó de tres formas, el primero está relacionado con la continua participación y ejecución de roles en el tiempo y designación de un valor como muy valioso en los roles familiares y los relacionados con el (Miembro



de familia, proveedor de cuidados, amo/a de casa) , debido a que se presume que este rol ejerce influencia directa en el enfrentamiento del hecho violento en el que la ejecución de estos roles son considerados como mecanismo de afrontamiento (elemento de factor de magnitud del estresor) con un tipo de estrategia familiar ,expresada como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, identificando que en el núcleo familiar los individuos encuentran significado y sentido de la vida lo que se relaciona directamente con la espiritualidad, convirtiéndose en centro de sentimientos volicionales que impulsan el trabajo de entendimiento y superación a un evento victimizante respondiendo ante las demandas del entorno.

Lo anterior también se deja ver mediante los resultados de datos sociodemográficos en los que se evidencia que la familia de tipo nuclear cuenta con una frecuencia del 50% infiriendo que los vínculos familiares a partir de un evento se mantienen o se afianzan.

El segundo fenómeno se encuentra vinculado a la internalización y participación en nuevos roles (rol de participante religioso y participante en organizaciones) dado que estas son vistos por los individuos como un tipo de apoyo, debido a que en la religión las personas encuentran una conexión con el ser mismo y con los demás, concibiendo una forma de dirección de vida, siendo este apoyo significativo de forma emocional, lo que respecta al rol de participante en organizaciones presenta las mismas características de participación , identificación e internalización del rol con una designación de valor muy alta pues está relacionado a la vinculación de las asociaciones de víctimas conformadas en la ciudad que desde las perspectiva de los individuos se toma como una red de apoyo que facilita el conocimiento de derechos en lo que respecta a su condición de vulnerabilidad, sin embargo mediante la entrevista y la

observación se puede determinar que esta no es funcional en lo que concierne a las funciones de apoyo integral, agregando a su vez dificultades en destrezas de comunicación y sociales y destrezas de regulación emocional.

El tercer efecto está reflejado en el abandono de roles como el del trabajador, estudiante y aficionado debido a las consecuencias que dejó el evento victimizante; El rol de trabajador se ve alterado en primer lugar en su no ejecución, por la característica de edad ya que los participantes están en un rango de edad perteneciente a la etapa de adulto y adulto mayor, lo que no permite la realización de actividades productivas tanto por el declive de las capacidades físicas, como por las condiciones laborales solicitadas para la adquisición de un trabajo formal, en segundo lugar se ha visto influenciado en su ejecución por factores como el cambio de contexto, pues el hecho victimizante ha obligado a los individuos a abandonar sus lugares de origen, desplazándose al casco urbano y rural de la región, exigiéndoles adaptarse a nuevas formas de trabajo (formal e informal) las cuales no son significativas en su realización, debido a que no están acorde a sus conocimientos, habilidades e intereses, conllevando a una alienación ocupacional.

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



alimentación, vivienda y vestido, abandonando el guion y finalmente la identificación el rol.

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

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

Lo dicho hasta aquí permite comprobar la hipótesis de trabajo que propone que los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático influyen en

la ejecución de roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado, sea esta influencia positiva mediante la identificación, internalización y participación de roles ya establecidos, los cuales se describieron anteriormente como los roles relacionados con el núcleo familiar, de igual forma los roles religioso y participante en organizaciones aumentaron su identificación e internalización después del evento violento, por otra parte se identifica la des internalización de roles como el rol de aficionado.

Cabe resaltar que debido a la poca evidencia que existe desde la profesión en el contexto nacional colombiano en relación a las víctimas del conflicto armado la presente investigación aporta en alguna medida al constructo del rol del terapeuta ocupacional en el área de desarrollo comunitario y psicosocial, e incentiva a estudiantes y profesionales a investigar y proponer soluciones que respondan a las diversas necesidades de la población pues basada en los aportes de Wilcock (1998) la Terapia Ocupacional debe expandir sus funciones profesionales para incluir la promoción de la salud y el bienestar de todas las personas, en especial de aquellos que viven en severas condiciones sociales y políticas, sin seguir ignorando la dimensión sociopolítica de la ocupación humana.

El actuar del terapeuta ocupacional en su rol con población vulnerable no debe olvidar actuar bajo los parámetros de la justicia social y ocupacional en la que se reconoce a los individuos como seres ocupacionales con deseos únicos, hábitos y necesidades basadas en unas determinadas circunstancias y capacidades.

La validez de los resultados para los aportes del área, se basan en los criterios de confiabilidad y validez de los instrumentos estandarizados de terapia ocupación: listado de roles y la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI II, y su implementación en población con riesgo psicosocial.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias-Gómez , Villasís-Keever , & Miranda Novales. (2016). El protocolo de investigación III. *Alergia México*, 6.
2. Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
3. Asociación americana de psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
4. Baldovino Pérez, M. (Abril de 2014). Prevalencia de estrés postraumático y trastorno antisocial de la personalidad en la población desmovilizada de las guerrillas Colombianas en Bogotá, D.C. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
5. Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal, un enfoque integral*. ITEMEX.
6. Barret , L., & Kielhofner, G. (2003). generalidades sobre el comportamiento ocupacional. En E. Crepeau, E. Cohn, & B. Boyts, *Willard and spackman terapia ocupacional* (pág. 211). Bogotá: Medica Panamericana.
7. Berreuta Maeztu, L., & Bellido Mainar, J. (2012). Factores sociales que influyen en la salud mental. En O. Sanchez , B. Polonio Lopez, & M. Pelligrini, *Terapia ocupacional en salud mental*. Médica Panamericana.
8. Buendia, L., Colás, P., & Hernandez , F. (2001). *Metodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
9. Buonocore, D. (1980). *Diccionario de Bibliotecología*. Buenos Aires: Marymar.
10. Burgman, I., & Simo Algado, S. (2006). Intervención mediante terapia ocupacional en niños supervivientes de una guerra. En F. Kronenberg, S. Simo Algado, & N. Pollard, *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pág. 246). Madrid: Médica Panamericana.
11. Castaño, G., Sierra, G., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago , C. (2018). Trastornos mentales y consumo de droga en la población víctima de conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Revista biomedica*, 78.
12. Congreso de la republica. (10 de Junio de 2011). *LEY 1448 DE 2011*. Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
13. Cornejo, S., & Brik Levi, L. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Panamericana.
14. Crepeau, E., Cohn, E., & Barbara, A. (2016). *willard & spackman , 12 edición*. Bogotá: Medico panamericana.
15. De las Heras de Pablo, C. G. (2015). *Modelo de la ocupacion humana*. Síntesis.
16. Durank V, M., & Barlow , D. (2001). *Psicología anormal : Un enfoque integral*. Itemex.
17. Galheio, S. M. (2007). Terapia ocupacional en el ámbito social, aclarando conceptos e ideas. En F. Kronenberg, S. Simó Algado, & N. Pollard, *Terapia Ocupacional sin fronteras, Aprendiendo del espíritu de sobrevivientes* (pág. 94). Bogotá: Panamericana.
18. Gaviria Aguilar, S., & Barroso Osuna, J. (2015). La triangulación de datos como base de la investigación educativa. *Revista de medios y educación*, 74.
19. Geosalud. (13 de Febrero de 2018). *Geosalud su sitio de salud en la web*. Obtenido de ¿qué tan común es el trastorno de estrés postraumático?: https://www.geosalud.com/salud_mental/trastorno-estres-postraumatico-que-tan-comun.html
20. Grupo de memoria histórica; (cuatro de septiembre de 2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Obtenido de <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>
21. Guzman Lozano, S. (2016). *Manual práctico de salud mental*. Síntesis.
22. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado , C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Mc Graw Hill Education.



23. Kielhofner, G. (2004). Habitación: Patrones de la ocupación humana. En G. Kielhofner, *Terapia ocupacional modelo de la ocupación humana, teoría y aplicación* (pág. 82). Buenos aires: Médica Panamericana.
24. Kielhorner, G. (2006). *fundamentos conceptuales de terapia ocupacional*. Medica panamericana.
25. King, P., & Olson, D. (2011). Trabajo. En Crepeau, Cohn, & Schell, *Willard and spackman terapia ocupacional*. medica panamericana.
26. Matuska, K., & Barret, K. (2016). Patrones de ejecución. En E. Blesedell Crepau, E. S. Cohn, & B. Boyt Shell, *Willard and spackman* (pág. 162). Panamericana.
27. Mazorra, M. (2004). Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: Una nueva visión del modelo de la ocupación humana. *Terapia ocupacional, el portal en español de terapia ocupacional*, 8.
28. Ministerio de salud y protección social. (04 de SEPTIEMBRE de 2018). *Oficina de las naciones unidad contra la droga y el delito*. Obtenido de Ley1616 de 2013: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/proyecto/ley-1616-de-salud-de-2013/>
29. Ministerio de Salud, Subdirección de enfermedades no transmisibles. (2016). *Documento técnico y manual de Gestión de promoción de la salud mental, Prevención y atención a trastornos mentales en el marco de la construcción y consolidación de paz*. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
30. Montalvo Velasquez, C. E. (2012). Conflicto armado en Colombia. Un estudio desde el paradigma neoconstitucional. *Pensamiento Americano*, 2.
31. Moruno Millares, P. (2017). Modelo de la ocupación humana. En P. Moruno Millares, *Principios conceptuales de terapia ocupacional*. Síntesis.
32. Moruno Millares, P. (2017). Rehabilitación Psicosocial. En P. M. Millares, *Principios conceptuales de la terapia ocupacional* (pág. 184). Madrid: Síntesis.
33. Moruno Millares, P., & Talavera Valverde, M. A. (2011). Ocupación y salud mental. En P. Moruno Millares, & M. A. Talavera Valverde, *Terapia ocupacional en salud mental* (pág. 34). Masson.
34. Moruno Millares, P., Talavera Valverde, M. A., & Cantero Garlito, P. (2011). *Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental*. Masson.
35. Moruno Millares, P. (2011). *Principios conceptuales de la terapia ocupacional*. Masson.
36. Pablo, C. G. (2015). *Modelo de la ocupación humana*. Síntesis.
37. Rodríguez Fairen. (2010). Participación social. En Corregidor Sánchez, *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Ergon.
38. Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Granada, España: Aljibe.
39. Rodríguez González, A. (2002). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Piramide.
40. Rodríguez Peñuelas, M. A. (2010). *Diseño de proyectos y desarrollo en tesis en las ciencias administrativas, organizacionales y sociales*. México: Pandora.
41. Rodríguez, M., Navas, R., & Garrido, J. (2018). *Terapia ocupacional en actividades de la vida diaria*. Síntesis.
42. Saumeth Cadavid, E. (Cuatro de Setiembre de 2018). *Centro de pesquisas estratégicas Paulino soares de sousa*. Obtenido de <http://ecsbdefesa.com.br/defesa/fts/HGC.pdf>
43. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. (cuatro de septiembre de 2018). *Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés - SEAS*. Obtenido de ¿Qué es el trastorno por estrés posttraumático: <http://www.ansiedadystres.org/que-es-el-trastorno-por-estres-posttraumatico>
44. Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa, Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría*



- fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
45. Tamayo, M. (1997). *El Proceso de la Investigación científica*. México: Limusa S.a.
46. Ytarte, R., Cantero Garlito, P., & Vilo Merino, E. (2017). *Ocio, bienestar y calidad de vida*. España: Síntesis.
47. Zango Martín, I. (2017). *Terapia ocupacional en comunitaria*. Síntesis.

