

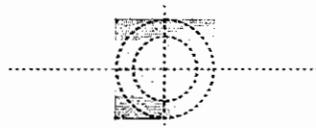
DISCAPACIDAD POR GUERRA EN ANTIOQUIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO

ALDEMAR JUTINICO VEGA
Magíster en Psicología Comunitaria
Especialista en Salud Ocupacional

ALBERTO CUELLAR IBAÑEZ
Reinsertado EPL
Asistente de Investigación

OSCAR BUITRAGO RUEDA
Capitán (R) del Ejército
Economista
Asistente de Investigación



Esta publicación se realizó con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID y la Organización Internacional para las Migraciones-OIM

Edición

CON FE PAZ

Carrera 13A N° 32A-39 Oficina 602 Bogotá, D.C.
Telefax 3402536 E-Mail:confepaz99@hotmail.com

Autor

Aldemar Jutinico Vega

Asistentes de Investigación

Alberto Cuellar Ibáñez
Oscar Buitrago Rueda

Diseño e Impresión

Corporación Social para el Desarrollo – CORPOSOL

Primera Edición

1.000 Ejemplares

ISBN

958-33-3812-5

Bogotá, D.C. Agosto de 2002

Indice General

Lista de tablas	5
Abreviaturas	7
Capítulo 1	9
<i>Planteamiento del problema</i>	9
1.1 Descripción	9
1.2 Formulación	10
1.3 Delimitación temática	10
1.4 Relevancia	10
Capítulo 2	11
<i>Objetivos</i>	11
2.1 General	11
2.2 Específicos	11
Capítulo 3	13
<i>Marco conceptual</i>	13
3.1 Base teórica	13
3.2 Antecedentes investigativos	19
3.3 Marco Jurídico y política estatal	28
Capítulo 4	31
<i>Método</i>	31
4.1 Tipo de estudio	31
4.2 Muestreo	31
4.3 Instrumentos de recolección de información	31
Capítulo 5	33
<i>Descripción y análisis de resultados</i>	33
5.1 Información sociodemográfica	33
5.2 Características de las lesiones causadas por guerra	36
5.3 Trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra	40
5.4 Política departamental sobre la discapacidad por guerra	45

Capítulo 6	47
<i>Memorias del foro sobre discapacidad por guerra en Antioquia</i>	47
6.1 Testimonios de personas con discapacidad por guerra	47
6.1.2 Testimonio de Omar Sáenz (Reinsertado de la guerrilla)	51
6.1.3 Testimonio de Ronald Zapata (Reinsertado de las milicias urbanas)	52
6.1.4 Testimonio de Anderson Eliécer Machado (Ex soldado del Ejército Nacional)	54
6.1.5 Testimonio de Jorge Isaac (Ex soldado del Ejército Nacional)	55
6.1.6 Testimonio de Janeth Alvarez Jaramillo (Civil)	55
6.2 Intervenciones de instituciones	58
6.2.1 Intervención de Jorge Ramírez, discapacitado por guerra, representante de la Fundación Re-habilitando	58
6.2.2 Intervención de Luis Guillermo Pardo Cardona, Delegado para Antioquia y Choco, de la Dirección General para la Reinserción del Ministerio del Interior	60
6.3 Relatorías de las comisiones	61
6.3.1. Rehabilitación de la discapacidad física causada por la guerra	61
6.3.2 Trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra	62
6.3.3 Generación de empleo	62
 Capítulo 7	 65
<i>Parámetros para una propuesta de intervención</i>	65
7.1 Sistema de información sobre discapacidad por guerra	65
7.2 Atención médica	65
7.3 Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático – TPET	66
7.4 Generación de empleo	66
7.5 Recreación	67
7.6 Seguridad Social	67
7.7 Prevención de la discapacidad por guerra	67
 Anexo	 69
Encuesta para identificar trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra	69

Lista de tablas

Tabla 1: Discapacidad por guerra en Antioquia y sexo en exmilitares, reinsertados y civiles	33
Tabla 2: Discapacidad por guerra en Antioquia y edad en exmilitares, reinsertados y civiles	34
Tabla 3: Discapacidad por guerra en Antioquia y escolaridad en exmilitares, reinsertados y civiles	34
Tabla 4: Discapacidad por guerra en Antioquia y trabajo actual en exmilitares, reinsertados y civiles	35
Tabla 5: Discapacidad por guerra en Antioquia y agente de la lesión en exmilitares, reinsertados y civiles	36
Tabla 6: Discapacidad por guerra en Antioquia y parte del cuerpo afectada en exmilitares, reinsertados y civiles	38
Tabla 7: Discapacidad por guerra en Antioquia y naturaleza de la lesión en exmilitares, reinsertados y civiles	39
Tabla 8: Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos cognoscitivos en exmilitares, reinsertados y civiles	41
Tabla 9: Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos emocionales en exmilitares, reinsertados y civiles	42
Tabla 10: Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos psicósomáticos en exmilitares, reinsertados y civiles	43
Tabla 11: Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos psicosociales en exmilitares, reinsertados y civiles	45

Abreviaturas

AUC: Autodefensas Unidas de Colombia
AUCC: Autodefensas Unidas de Córdoba y Uraba
ADEGUA: Asociación de Discapacitados del Ejército de Guatemala
AGPD: Asociación Guatemalteca de Personas con Discapacidad
ASALDIG: Asociación Salvadoreña de Lisiados y Discapacitados de Guerra
ALGES: Asociación de lisiados de Guerra del Salvador
CINTERFOR: Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional.
CIUO: Código Internacional Unificado de Ocupaciones
CON FE PAZ: Federación Colombiana de Organizaciones y Personas que Trabajan con los Discapacitados Víctimas del Conflicto Armado
CORPOGUAYACAN: Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones
DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ELN: Ejército de Liberación Nacional
EPL: Ejército Popular de Liberación
ERG: Ejército Revolucionario Guevarista
FARC: Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FFMM: Fuerzas Militares
FMLN: Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional de Salvador
IPC: Instituto Popular de Capacitación
MAP: Mina Antipersonal
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OIM: Organización Internacional para las Migraciones
ONU: Organización de las Naciones Unidas
ORD: Organización de Revolucionarios Discapacitados – Nicaragua
SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje
TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático
URNG: Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca
USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Capítulo 1

Planteamiento del problema

1.1 Descripción

La discapacidad física, psicológica y laboral causada por el conflicto armado que vive Colombia, es un problema social de enormes dimensiones que afecta a los excombatientes y civiles como a sus familias.

La discapacidad por guerra tiene características propias que la diferencian de otros tipos de discapacidad genética, adquirida por enfermedades o por accidentes.

La mayoría de personas con discapacidad por guerra son de escasos recursos económicos y la discapacidad empeora su situación física, psicológica y social. Después del suceso traumático sus esfuerzos se dirigen a buscar, por todos los medios posibles, la manera de sobrevivir materialmente, sin tener en cuenta la condición psicológica que padecen; sin embargo a mediano y largo plazo se observa que el sufrimiento, los duelos no resueltos y la sensación de pérdida obstaculizan la búsqueda de alternativas económicas, organizacionales y comunitarias.

Socialmente estas personas y sus familias son marginadas y segregadas. Las repercusiones físicas, psicológicas, sociales, culturales y económicas son incalculables.

Los exmilitares, reinsertados y civiles con discapacidad causada por la guerra que afecta a Colombia, en su gran mayoría carece de organizaciones propias y sólidas a través de las cuales puedan hacer valer sus derechos.

La investigación y conocimiento sobre la discapacidad por guerra, en el país, tienen poco desarrollo, prevaleciendo los enfoques asistencialistas que subestiman e inhiben las capacidades y participación social de las personas afectadas.

Las instituciones gubernamentales de Colombia desconocen el problema de la discapacidad por guerra, razón por la cual no cuentan con políticas y programas de prevención y rehabilitación integral de los excombatientes y civiles afectados por este problema.

La atención gubernamental a las personas con discapacidad por guerra es parcial y no cuenta con un enfoque multidisciplinario, que integre la atención primaria en salud, tanto física como psicológica, con la educación formal, la capacitación técnica, vinculación laboral y seguridad social.

Cuando el Estado no interviene la situación de los excombatientes y civiles con discapacidad por causas bélicas se hace más difícil y penosa. Es necesario entender que ser combatiente o civil en medio del conflicto, es un factor de



riesgo previo al hecho violento que aumenta la probabilidad de empeorar su salud física y psicológica como consecuencia del mismo. Un ejemplo de ello es la marginalidad social a la que se ven sometidos los reinsertados y civiles con discapacidad por guerra al no tener acceso al Sistema de Seguridad Social.

La ausencia de apoyo inmediato y a largo plazo, tanto funcional y psicológico como laboral y social a los excombatientes y civiles con discapacidad por guerra aumenta el riesgo de trastornos psicológicos severos. Las acciones de rehabilitación integral, individual y social previenen o hacen menos severos estos trastornos.

La guerra tiene graves consecuencias individuales, familiares y sociales, y cualquier estrategia para evitar que la discapacidad que ella causa se transforme en un problema epidemiológico pasa por un enfoque de prevención de la guerra a través de la negociación y solución política del conflicto.

1.2 Formulación

Cuáles son las características y consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la discapacidad por guerra en Antioquia en exmilitares, reinsertados y civiles.

1.3 Delimitación temática

El estudio cubrió el Departamento de Antioquia, se realizó en Medellín y abordó un período comprendido entre 1992 y 2002, con

una población de estudio integrada por exmilitares, reinsertados y civiles, todos con discapacidad por guerra.

El contenido temático está integrado por la información sociodemográfica de la población de estudio (sexo, edad, escolaridad, trabajo actual); el registro de las lesiones (agente de la lesión, parte del cuerpo afectada, naturaleza de la lesión); los trastornos psicológicos (trastornos cognoscitivos, trastornos emocionales, trastornos psicosomáticos, trastornos psicosociales) y las políticas gubernamentales en Antioquia sobre la discapacidad por guerra.

1.4 Relevancia

Este estudio da continuidad y enriquece otro estudio sobre "Discapacidad Física, Psicológica y Laboral causada por el Conflicto Armado" realizado por CON FE PAZ en Bogotá, D.C. durante el año 2001.

El estudio aporta nuevos conocimientos y amplía la comprensión de la discapacidad por guerra en Colombia, a través de una metodología basada en procedimientos e instrumentos de investigación unificados que permiten realizar nuevos estudios específicos en otros departamentos afectados por el conflicto bélico o realizar estudios comparativos.

El estudio permite continuar sensibilizando a las instituciones gubernamentales para que asignen recursos e implementen políticas preventivas y de rehabilitación integral.



Capítulo 2

Objetivos

2.1 General

Conocer y difundir públicamente las características y consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la discapacidad por guerra en exmilitares, reinsertados y civiles de Antioquia.

2.2 Específicos

- 2.2.1 Identificar las características sociodemográficas de los exmilitares, reinsertados y civiles con discapacidad por guerra en Antioquia.
- 2.2.2 Identificar y clasificar las lesiones causadas por la guerra en exmilitares, reinsertados y civiles en Antioquia.

2.2.3 Identificar y clasificar los trastornos psicológicos de la discapacidad por guerra en exmilitares, reinsertados y civiles en Antioquia.

2.2.4 Identificar propuestas de intervención sobre rehabilitación integral de exmilitares, reinsertados y civiles con discapacidad por guerra en Antioquia.

2.2.5 Implementar metodologías e instrumentos de investigación que puedan ser retomados en estudios posteriores sobre discapacidad por guerra.



Capítulo 3

Marco conceptual

3.1 Base teórica

La Sociedad y Valores Estadounidenses¹ señala que, históricamente, la condición de tener una discapacidad - en cualquier sociedad - ha sido vista como algo trágico. En las épocas preindustriales, cuando las personas con discapacidad eran con frecuencia incapaces de sostenerse a ellas mismas o a sus familias, se las consideraba como dependientes sociales, objetos de piedad o receptoras de caridad. En los primeros años, la sociedad asumió una actitud paternalista con respecto a las personas con discapacidad, internándolos con frecuencia en asilos especiales u hospitales. A los discapacitados se los consideraba pacientes o clientes que necesitaban cura. En estas instituciones se consideraba a los profesionales médicos y a los trabajadores sociales como las personas que tomaban primordialmente las decisiones, en vez de los propios minusválidos.

Como resultado, esas personas se encontraban excluidas de la sociedad en general. Aunque la presunción era que las personas con discapacidad necesitaban rehabilitarse de sus "problemas", grandes cantidades de ellas sufrían condiciones para las cuales no había curas conocidas en esa

época. De manera que la sociedad no daba lugar a la integración, perpetuando por lo tanto los mitos de desigualdad.

Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX, la participación de varios países en dos guerras mundiales tuvo un efecto profundo en la manera en que la sociedad en general consideraba y trataba a las personas con discapacidad. Al regresar a sus hogares miles de soldados con discapacidad, la sociedad tomó medidas para que pudieran reingresar en la fuerza laboral. Las primeras leyes de rehabilitación vocacional fueron aprobadas en la década de 1920 para proveer servicios a los veteranos de la primera guerra mundial que quedaron discapacitados. Los mayores cambios, sin embargo, vinieron en medio de los movimientos por los derechos civiles de la década de 1960. A medida que los negros, las mujeres y otras minorías sociales adquirían conciencia política, también lo hicieron los minusválidos.

Sin embargo, a pesar del mayor acceso a las oportunidades de empleo y a los servicios públicos, la discriminación persiste, con obstáculos a la plena participación en vivienda, transporte, educación y acceso a las instalaciones públicas. Muchos de esos obstáculos son resultado de ignorancia o de

¹ Sociedad y Valores Estadounidenses. Breve Historia del Movimiento de los Derechos de los Discapacitados. Publicación electrónica, 1999.



falta de conciencia pública. Esto ha conducido al movimiento de cultura de las personas con discapacidad.

Los cambios legislativos representaron la primera fase de la búsqueda de los derechos de los discapacitados. La segunda es la búsqueda de identidad colectiva, una exploración de lo que significa sufrir una discapacidad en la sociedad de hoy.

La cultura de la discapacidad va dirigida a fomentar el orgullo en la discapacidad de una persona, mediante la creación de imágenes propias positivas y la construcción de una sociedad que no solamente acepta la diversidad sino que también la celebra. Requiere la recolección de historias y el establecimiento de estudios académicos sobre la discapacidad, y el apoyo a las expresiones artísticas de la experiencia de la minusvalidez por medio de la poesía, artes, música y baile.

Gradualmente las personas con discapacidad van encontrando su historia y su legado cultural; el apoyo y la validación de la comunidad, la familia y de otras personas con discapacidad.

Desde una óptica de género, CINTERFOR y la OIT², expresan que una mujer con discapacidad es primero y por encima de todo una mujer. Pero es una mujer con una doble desventaja. No sólo tiene que luchar contra las barreras y retos tradicionales que encuentran las mujeres en el hogar, la comunidad y el mundo del trabajo, sino que sufre las dificultades adicionales, obstáculos y falta de oportunidades derivadas de su discapacidad. Como consecuencia de su problema y de la

percepción que la sociedad tiene de ella, a menudo se ve aislada, discriminada, desalentada y en ocasiones vetada para participar activamente en la vida pública y familiar.

Una mujer con discapacidad tiene una mayor probabilidad de ser pobre o de tener un nivel de vida inferior al de sus iguales, de recibir una educación menos completa que las otras mujeres, de estar desempleada o de tener menores ingresos por su trabajo que las mujeres no discapacitadas, de depender física y económicamente de otros, y de sufrir más abusos físicos, sexuales o mentales que las demás mujeres.

En cambio, es menos probable que sobreviva o viva tanto como una mujer sin discapacidad, que encuentre pareja y forme su propio hogar, que ingrese en organizaciones o figure en sus puestos directivos y que se beneficie de programas de desarrollo, incluso de aquellos dirigidos a las mujeres o personas con discapacidad en general.

En los países en desarrollo, las mujeres con discapacidad son más pobres aún, dependen totalmente de otros para sobrevivir y tienen ante sí un futuro desesperante.

A menudo disponen de menos alimentos, cuidados sanitarios y educación que los demás miembros de la familia. Se las considera inútiles y no esperan de ellas que realicen o ayuden en tareas aunque físicamente puedan asumirlas, ni se las anima a hacerlo.

Rara vez participan en la toma de decisiones en su familia y en la comunidad. Las decisiones

² Centro Interamericano de Investigación sobre Formación Profesional-CINTERFOR y Organización Internacional del Trabajo-OIT. Mujer, Formación y Trabajo. OIT. Montevideo, 2001.



concernientes a ellas suelen tomarlas otros. Rara vez son consultadas y casi nunca tienen la oportunidad de decidir por sí mismas.

Para Jiménez Lara³, existen y coexisten diversas concepciones de la discapacidad que se reflejan en el tratamiento informativo de los medios de comunicación. Podemos distinguir una concepción tradicional denominada "paradigma de rehabilitación" y un "paradigma de la autonomía personal" o de "vida independiente".

En la concepción de rehabilitación, la persona con discapacidad se ve fundamentalmente como un sujeto de protección, un ciudadano mantenido perpetuamente en minoría de edad.

En el período de entreguerras y, sobre todo, después de la Segunda Guerra Mundial, se afirma el "paradigma de la rehabilitación". Desde esta concepción, la persona con discapacidad tiene el derecho y deber de corregir y modificar su estado cuando éste constituye un obstáculo para la integración. El problema de la discapacidad se define como un problema del individuo, pues es en su deficiencia y en su falta de destreza donde se localiza el origen de sus dificultades. Según este planteamiento, la solución se concreta a través de la intervención profesional de todos los especialistas que constituyen el ya clásico equipo rehabilitador: médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, consejero de rehabilitación, psicólogo y trabajador social.

En los últimos años asistimos a un intento de conciliar el paradigma de la rehabilitación (que ha dado mucho de sí y ha prestado, presta y seguirá prestando importantes servicios a muchas personas) y el de la autonomía

personal, que podría permitir armonizar los mejores logros de ambos paradigmas, en torno a algunas ideas claves como el derecho a la diferencia, la autodeterminación, la accesibilidad, la calidad de vida, la no-discriminación y la igualdad de oportunidades.

Se ha producido, así, un importante cambio en la concepción de la discapacidad. Los planteamientos tradicionales, centrados en la asistencia y en la recuperación de las capacidades funcionales, han ido siendo sustituidos por otros que destacan mucho más la identificación y la eliminación de los diversos obstáculos a la igualdad de oportunidades y la plena participación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida. Se ha abierto paso el convencimiento de que, si modificamos la forma en que organizamos nuestras sociedades, podremos reducir considerablemente e incluso eliminar los obstáculos a que se enfrentan las personas con discapacidad.

En el plano científico, este cambio en la concepción de la discapacidad se ha traducido en la modificación de los instrumentos analíticos y conceptuales que se aplican a la discapacidad. Esta nueva concepción supone una visión diferente de lo que constituyen las posibilidades de vida de las personas con discapacidad. Esta visión enfatiza la autodeterminación, la integración, la igualdad de derechos y las capacidades.

Las personas con discapacidad desean vincularse activamente en la vida comunitaria. Esto implica situar la dignidad, la autoestima y la igualdad de derechos de las personas con discapacidad en el corazón de los mensajes y de los debates relevantes en relación con la

³ Jiménez Lara, Antonio. La Imagen Social de la Discapacidad. Publicación electrónica de Discapnet, 2001.



discapacidad. De esta manera, el enfoque de tales debates se desplaza desde la persona hacia su entorno. En el plano de los valores sociales, esta nueva orientación se fundamenta en la idea de que la diversidad humana es un punto fuerte para toda la sociedad, y que la política de abrir espacios a la diversidad es un factor positivo para nuestras sociedades y productivo para nuestras economías.

Las personas con discapacidad reivindican el derecho igualitario de perseguir las oportunidades que la vida les ofrece, prepararse para la participación por medio de la educación e integrarse a la sociedad a través del empleo. Esto no sólo se demanda como derecho, sino que nace del sentido de responsabilidad cívica de contribuir. Una ciudadanía igualitaria significa más que el sólo derecho a la protección, también conlleva la responsabilidad de la contrapartida. Las personas con discapacidad demandan tanto el derecho a participar como el derecho igualitario de contribuir. Su movimiento viene inspirado por el enfoque de derechos fundamentales, lo que les ha llevado a demandar la inclusión (frente a la exclusión), la independencia y la autodeterminación (frente a la dependencia) y el fortalecimiento (frente a las posturas paternalistas).

Este cambio de perspectiva está en el origen de las crecientes demandas de procesos de preparación para la participación; y está forzando una reconsideración de la forma en la que los instrumentos que facilitan la participación en la vida común, especialmente el transporte y las comunicaciones, han excluido a las personas con discapacidad. También está generando una evaluación de las distintas barreras físicas, actitudinales y de comunicación que impiden la participación efectiva de las personas con discapacidad y

hacen que se desaproveche la reserva de talento que encierran. Y ha hecho que el empleo, que es la forma fundamental de participación en nuestras sociedades, se haya convertido en un tema crucial.

La exclusión y la discriminación por razón de la discapacidad violan diversos derechos humanos universales, en particular el derecho a la igualdad. El respeto y la promoción de los derechos humanos y la diversidad humana han de ser un valor esencial en nuestras sociedades.

En términos económicos, la exclusión y la discriminación estructurales por motivo de discapacidad minan la eficacia del mercado de trabajo. No se puede considerar eficaz ni mucho menos justo un mercado que excluye una proporción considerable de sus recursos humanos. La sociedad en su conjunto, incluidos los contribuyentes, se ve afectada cuando no se reconoce ni se pone en práctica adecuadamente la capacidad de las personas con discapacidad.

La exclusión y la discriminación por motivo de discapacidad imponen asimismo costos onerosos al estado de bienestar. Una gran parte, sino la mayoría, de los diversos programas de apoyo puestos en marcha en el pasado se han orientado fundamentalmente hacia el mantenimiento de la persona y no hacia su calificación para participar en la vida social. La reducción de la dependencia y de la mentalidad de dependencia que aísla a la persona al tiempo que supone una carga para el Estado, sería provechosa para todos.

Tradicionalmente, las respuestas políticas al fenómeno de la discapacidad han consistido esencialmente en medidas de compensación social a través de la beneficencia, un tratamiento al margen de la sociedad y el desarrollo de servicios de asistencia



especializada, que, aunque bien intencionados, no han hecho sino agravar el problema de exclusión e infraparticipación.

El reconocimiento y la valoración de la diversidad humana constituyen uno de los mayores desafíos a que se enfrentan nuestras sociedades en la actualidad. Los procesos económicos y sociales tradicionales, por el contrario, han tendido a constituirse sobre la base de ideas preconcebidas sobre la normalidad, que excluían a las personas con discapacidad. Un ejemplo clásico es el diseño de sistemas de transporte y de edificios públicos basados en ideas preconcebidas sobre la "persona media", sin tener en cuenta a las personas con problemas de motricidad. Por consiguiente, se excluía a dichas personas de los procesos generales, o se veían considerablemente disminuidas sus oportunidades de participación.

La ausencia misma de las personas con discapacidad, o su virtual "invisibilidad" en la vida ordinaria, no ha hecho sino exacerbar los estereotipos populares sobre estas personas, lo que, a su vez, ha contribuido a perpetuar un ciclo de exclusión. En este sentido, es indudable la estrecha relación existente entre las actitudes prejuiciosas, la falta de igualdad de oportunidades y la discriminación, y de un tratamiento adecuado de la discapacidad en los medios de comunicación social.

Cada vez se reconoce de forma más general el carácter insostenible de esta situación. El motor de la evolución del pensamiento sobre la discapacidad ha sido el reconocimiento de que se puede valorar mejor la diversidad humana mediante la creación de procesos económicos y sociales inspirados en la igualdad de todos los ciudadanos. El principio fundamental de la igualdad, entendido en este ámbito como igualdad de oportunidades, se

considera en la actualidad como el punto de referencia obligado al cual deben remitirse las estructuras económicas y sociales y como el fundamento del planteamiento basado en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Evidentemente, el principio de la igualdad de oportunidades, a pesar de ser más amplio, engloba el principio de la no discriminación.

Estas aspiraciones pueden resumirse en la noción de la integración en la vida ordinaria, que supone la formulación de políticas destinadas a promover la plena participación e intervención de las personas con discapacidad en los procesos económicos, sociales y de otra naturaleza, respetando al mismo tiempo la libertad de elección, y que los problemas persistentes no deben considerarse por separado de los mismos. Este planteamiento se revela válido y benéfico para todas las personas con discapacidad, independientemente del tipo o la gravedad de la discapacidad en cuestión.

Se observa, en las políticas sobre discapacidad, una tendencia a distanciarse de las respuestas tradicionales basadas en estructuras independientes para cubrir las necesidades específicas de las personas con discapacidad, en particular en materia de educación y empleo (escuelas especiales, talleres protegidos), que están siendo sustituidas por iniciativas que promueven la integración en el sistema de enseñanza general y en el empleo abierto o con apoyo. El diseño y el funcionamiento de los programas se orientan cada vez más hacia un planteamiento basado en la persona, que destaca la autodeterminación y reconoce su deseo natural y su derecho a influenciar la forma de tales programas, así como el deseo de vivir en su hogar y en su comunidad.



Los medios de comunicación tienen un importante papel que jugar a la hora de consolidar socialmente esta nueva concepción de la discapacidad. Unas pautas de comunicación positiva que pueden contribuir a mejorar la imagen de la discapacidad a través de los medios de comunicación pueden ser los siguientes:

- Mostrar a las personas con discapacidad en una variedad de situaciones sociales ordinarias, enfatizando la diferencia de la discapacidad sólo cuando sea necesario.
- Admitir la curiosidad natural y la ocasional incomodidad que las personas sin discapacidad experimentan frecuentemente al interactuar con personas con discapacidad. Es útil introducir el humor como forma de reducir esa incomodidad.
- Incluir a las personas con discapacidad como parte de la población general en el ámbito de los medios de comunicación, y no sólo cuando su historia sea el eje principal.
- Evitar una imagen conmovedora y desamparada de las personas con discapacidad.
- Evitar la terminología degradante, sin entrar en sofisticadas y eruditas discusiones semánticas.
- Describir a las personas con discapacidad en el mismo estilo polifacético que a las demás personas.
- Mostrar los éxitos y dificultades de las personas con discapacidad sin exagerar o llenar de emotividad la situación.
- Los artículos y crónicas que informen sobre servicios disponibles para el público deben hacerlo también sobre la disponibilidad de los mismos o de servicios similares para personas con discapacidad.
- No especializar los programas y tratamientos informativos sobre personas con discapacidad, pues dirigiéndonos solamente a la comunidad relacionada con la discapacidad no hacemos más que educar a los ya convertidos.

Según MAPFRE⁴, el hombre, desde el principio de su existencia, se ha esforzado en reincorporarse a sus actividades después de sufrir un proceso que ha disminuido su capacidad funcional. Durante siglos, el individuo tuvo que realizar este esfuerzo por sí mismo.

La rehabilitación trata de conseguir para los individuos con discapacidad la mayor recuperación de su capacidad física, mental, emocional, social, vocacional y económica que sean capaces de adquirir; la rehabilitación está dirigida a mejorar la totalidad del individuo.

El concepto vocacional de la rehabilitación concede una importancia preponderante al hecho de que el paciente pueda conseguir un trabajo remunerado. Este es uno de los objetivos de la rehabilitación.

⁴ MAPFRE. La Rehabilitación del Trabajador Accidentado. MAPFRE. Buenos Aires, 2001.



Desde el punto de vista de la rehabilitación, es esencial hacer una clara distinción del significado y diferencias de los términos discapacidad y desventaja (handicap).

La discapacidad es una alteración física o mental que supone un obstáculo o dificultad para realizar algunas de las actividades humanas.

La desventaja es la disminución física, psíquica o económica resultante de la discapacidad, en esencia es la proyección de la discapacidad sobre la totalidad del individuo.

La discapacidad es un término muy amplio que incluye todos los tipos de defectos físicos: alteraciones del sistema locomotor, la visión, la audición, palabras, deformidades estéticas y alteraciones de los órganos.

Todavía no se han señalado límites claros entre las llamadas personas normales con impedimentos mentales, emocionales y sociales, y las personas sin estos impedimentos pero con una discapacidad. La persona discapacitada no ha de ser considerada dentro de los estrechos límites de su incapacidad, sino en su totalidad física, psíquica y económica. Ello permite considerarla en toda su condición humana y sólo de modo accidental como discapacitada.

La importancia del problema de la persona con desventaja no está, necesariamente, en relación directa con la gravedad de la discapacidad o afección, sino con las dificultades de todo orden que esta discapacidad crea en cada individuo en particular. La misma discapacidad puede producir desventajas muy diferentes, desde el punto de vista laboral, no así del humano y del

psicosocial, en dos individuos según sus circunstancias.

La pérdida de un dedo índice representa una desventaja totalmente diferente entre un obrero agrícola y un cirujano; en el primer caso no supone, en principio, un impedimento importante y duradero para la actividad laboral, mientras que en el segundo puede afectar de modo definitivo su trabajo.

En ocasiones, esta misma amputación puede llegar a implicar un cambio de vida en el individuo afectado. Si la persona que ha sufrido la amputación de un dedo de su mano fuera un pianista, éste ha de enfrentarse a un brusco cambio psicológico, social y económico. Una cicatriz visible sin alteración de ninguna función puede no representar desventaja para numerosas personas, pero en cambio puede afectar profundamente las vidas de otras, dependiendo en gran medida de la importancia que estas personas le den al concepto de estética, independientemente de su actividad laboral o inserción social, pudiéndoles dificultar su continuidad en ciertos empleos y relaciones sociales.

3.2 Antecedentes investigativos

El Instituto Americano de Medicina Laboral y del Medio Ambiente⁵ señala que el Síndrome de la Guerra del Golfo es un término ampliamente utilizado para referirse a las enfermedades sin explicación que ocurren en los veteranos de la Guerra del Golfo.

Los síntomas más comunes de este síndrome son la fatiga, dolor en el sistema músculo esquelético, problemas cognoscitivos,

⁵ Instituto Americano de Medicina Laboral y del Medio Ambiente. El Síndrome de la Guerra del Golfo. Houston, 2001.



65

erupción de la piel y diarrea. Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente.

Al menos el 12% de los veteranos de la guerra del golfo están recibiendo alguna forma de compensación por discapacidad debido al Síndrome de la Guerra del Golfo.

Entre las causas posibles del síndrome se incluyen las siguientes:

- Armas químicas, especialmente el gas neurotóxico o el bromuro de piridostigmina, que se dio como una medida preventiva a los soldados con probabilidad de estar expuestos a armas químicas.
- Factores psicológicos, tales como el desorden de estrés postraumático. Los veteranos con el Síndrome de la Guerra del Golfo tienen mayores índices de enfermedades psiquiátricas acompañantes.
- Otros agentes químicos como el humo proveniente de los incendios de las refinerías de petróleo, pesticidas, uranio agotado o la exposición a disolventes o líquidos corrosivos durante los procesos de reparación y mantenimiento de estas refinerías.

Aunque aun no existe tratamiento específico para el Síndrome de la Guerra del Golfo, las investigaciones sugieren que la terapia conductista – cognoscitiva puede ayudar a pacientes con síndromes sin síntomas específicos a llevar una vida más productiva y a controlar activamente sus síntomas.

Bentolilla y Gómez⁶, en un estudio sobre los veteranos de la Guerra de las Malvinas, expresan que el sistema sanitario de Argentina, tanto a nivel militar, como público y privado, carecía, salvo honrosas excepciones, de una estrategia adecuada para la asistencia y tratamiento de personas que han resultado afectadas por acciones bélicas, contribuyendo conciente o inconscientemente al agravamiento del deterioro psíquico que la guerra en sí produce.

En marzo de 1997 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires puso en marcha el Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense. Este programa se gesta como respuesta a la inquietud de un grupo de excombatientes, quienes impulsados por la angustia de tantos compañeros suicidados y la manicomialización como única forma de respuesta, buscaban alternativas terapéuticas.

Este programa de salud comunitaria, coordinado desde la dirección de Salud Mental, se implementa como un dispositivo de prevención terciaria, no debiéndose perder de vista que se inicia después de quince años del evento traumático, con lo que esto significa respecto a las secuelas.

En la etapa diagnóstica del programa se realizó una encuesta a la población a ser asistida, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El 41% alcanzó la escolaridad primaria
- El 60% no tiene resuelta en forma estable su situación laboral
- El 36% padece discapacidad física o psíquica, o ambas

⁶ Bentolilla, Silvia y Gómez, Bibiana. Consideraciones sobre la Salud Mental en Veteranos de Guerra "Una Experiencia Argentina". Psygnos. Buenos Aires, 2001.



- Si bien el 89% cuenta con cobertura médica no recibe atención el 72%
- El 91% no recibe atención psiquiátrica o psicológica
- El 88% nunca concurrió a un centro de salud
- Entre el 25 y 39% de los veteranos padece el Trastorno de Estrés Postraumático - TPET

Las formas más frecuentes de presentación de la urgencia en estos pacientes son:

- Trastornos depresivos severos con intento de suicidio o ideación suicida persistente
- Violencia familiar debido al bajo o nulo control de los impulsos
- Intoxicación por drogas o alcohol
- Abstinencias
- Episodios de descompensación psicótica
- Trastornos de ansiedad en sus distintas formas

De lo anterior se desprende, entre otras cosas, que es poco frecuente la presencia de un TPET puro, que en casi la totalidad de los casos se presenta asociado a otras patologías psicológicas, muchas de ellas derivadas como consecuencia de no haberse tratado el cuadro en el momento agudo, cronificándose.

La ideación suicida, los intentos de suicidio, o bien las conductas de autodestrucción y auto

agresión, están presentes en casi la totalidad de los casos de urgencia, de una u otra manera. Sabiendo que han logrado consumar el suicidio 264 veteranos, más los que encubiertamente lo han hecho a través de sobredosis y accidentes, no se tiene un registro claro.

Con estos datos podemos inferir algunos factores que han determinado claramente el curso del destino de muchos veteranos. Más aún cuando desde la implementación del Programa, no ha ocurrido ningún suicidio, siendo que de darse las tendencias naturales de los factores de riesgo, en función de la edad y el tiempo transcurrido, lo esperable sería lo contrario.

Lo traumático rompe con los referentes simbólicos. La posición del terapeuta promueve que el individuo se implique subjetivamente, lo traumático debe transformarse en síntoma para que algo de la implicación subjetiva se constituya.

El trauma adviene cuando la realidad fracasa, produce un agujero allí donde uno tenía consistencia. El trauma insiste, no deja de inscribirse, insiste. Hay que hacerle un lugar al trauma, dejarlo hablar, escucharlo.

El periódico La Prensa⁷, reseñó que 200 activistas de la Asociación Salvadoreña de Lisiados y Discapacitados de Guerra – ASALDIG demandaron al Gobierno Salvadoreño, una revisión de las pensiones asignadas a partir de los acuerdos de paz de 1992.

Los peticionarios exigieron que se entreguen pensiones a 2.800 lisiados, a quienes a principio de 1995 se les evaluó e indemnizó, pero su grado de discapacidad aumentó.

⁷ La Prensa. Lisiados de Guerra Demandan Pensiones en el Salvador. El Salvador. Octubre 30, 1996.



A los 2.800 lisiados, por presentar discapacidades menores se les indemnizó con 688 dólares en total, pero ante su estado de postración, requieren de una reevaluación para que se les otorgue una pensión de por vida.

La incapacidad de muchos de los miembros de ASALDIG ha aumentado debido a que se les ha tenido que cortar un poco más de su brazo o su pierna.

Una ley especial aprobada por el congreso, estableció pensiones entre 48 y 120 dólares por mes para todos los lisiados que presenten discapacidad total, como ceguera o postración.

La ASALDIG, que representa a unos 4.500 lisiados del ex guerrillero Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional – FMLN, solicitó al Presidente de la República, que amplíe la cobertura del Fondo de Proyección de Lisiados.

Según un censo del Programa de Reinserción Productiva de Lisiados de Guerra, la confrontación bélica en el Salvador dejó 12.114 personas con algún grado de discapacidad, entre civiles y excombatientes de las Fuerzas Armadas y del FMLN.

Hablemos On Line⁸, informó que en el centro de San Salvador la guerra no se olvida. El aumento de lisiados que mendigan es el reflejo de que hay heridas todavía sangrantes. Pedir dinero y apelar a la buena voluntad de los transeúntes se ha convertido en una buena opción de vida para una veintena de lisiados del conflicto que aseguran haber agotado sus energías en busca de trabajo. Haciéndose pasar por

víctimas de accidentes o discapacitados de nacimiento, estos hombres, cuyas edades no sobrepasan los 38 años, recogen de la gente entre 50 y 100 colones diarios para compensar, según sus testimonios, las bajas pensiones que reciben.

Desde 1995, el Fondo de Protección de Lisiados, surgido a la luz de los Acuerdos de Paz, inició el pago de pensiones a 13.000 personas que formaban parte del censo de lisiados que realizó Naciones Unidas.

Con recursos provenientes de impuestos y ayudas de organismos internacionales, en 1998, el Fondo había invertido 90 millones de colones en personas discapacitadas y 7 millones entre los huérfanos menores de 18 años.

Pero estos programas no han sido suficientes para mejorar la condición de los lisiados, quienes se quejan de recibir pensiones demasiado bajas para cubrir sus necesidades.

Un vocero de la Asociación de Lisiados de Guerra del Salvador – ALGES señaló que desde 1992 hasta julio de 2000, al menos 15 lisiados se suicidaron debido a la falta de programas adecuados para su reinserción. Según este vocero, existen 20.000 lisiados de la guerra que no reciben ninguna ayuda, ya que quedaron fuera de los consensos, lo que vuelve más oscuro el futuro de sus familias.

En junio de 2000, ALGES presentó a la Asamblea Legislativa una propuesta en la que solicitaba, entre otros puntos, aumentar las pensiones a quienes padecen un 50% de discapacidad e incorporar a más huérfanos de guerra a los beneficios monetarios.

⁸ Hablemos On Line. Heridas Abiertas del Conflicto. Documento electrónico. El Salvador, 2000.



El Parlamento aprobó entre 1997 y 1998 más de 400 millones de colones para fortalecer el trabajo del Fondo de Lisiados, pero aún no queda claro el rumbo que tomaron estos recursos.

Para inicios de 1990, 300 mil niños menores de 14 años sufrían algún tipo de discapacidad como consecuencia directa de la guerra, muchos de ellos, ahora, tampoco tienen opciones de una vida digna.

A pesar de la crítica situación que viven los lisiados, existe una Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas Discapacitadas, que obliga a las empresas a contratar a un discapacitado por cada 25 empleados.

Las organizaciones que aglutinan a lisiados y víctimas indirectas de la guerra están trabajando en capacitar a sus asociados, muchos lisiados están dispuestos a retar el abandono y la discriminación, sacando fuerzas propias para seguir adelante.

Guatemala Hoy⁹, informó que la mayoría de discapacitados por guerra de Guatemala se encuentra concentrada en el altiplano y en el norteño departamento de Peten, según se desprende del diagnóstico oficial de personas con discapacidad de guerra, presentado por el Ministerio de Salud Pública, la Secretaría para la Paz, la Unión Europea y el Programa de Apoyo Moviendo el Mundo.

Las personas afectadas pertenecen a diversos sectores, entre los que se encuentran militantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca – URNG, miembros de la Asociación de Discapacitados del Ejército de

Guatemala – ADEGUA, de la Asociación Guatemalteca de personas con Discapacidad – AGPD y de la población civil.

La Coordinadora Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad, calificó este diagnóstico de ridículo, por considerar que la discapacidad de las personas es psicológica y no el resultado del conflicto armado. Según esta entidad, el diagnóstico le permite al Gobierno no adquirir ningún compromiso.

Según Guatemala Hoy, mientras se presentaba el diagnóstico, cien discapacitados miembros del Ejército de Guatemala, cuya condición se debe al conflicto armado, tomaron la carretera al pacífico para protestar y exigir que el gobierno les cumpla lo que les prometió: mejorar su nivel de vida y el de sus familias.

Los discapacitados, muchos de ellos en sillas de ruedas y muletas, exigen una mejor vivienda y mejor pensión, porque el dinero que les dan no les alcanza, igualmente exigen atención médica de la Cruz Roja.

El Diario La Hora¹⁰, señaló que numerosos discapacitados de guerra de Guatemala se concentraron frente al edificio de la Corte Suprema de Justicia, en demanda de solución a diversos planteamientos.

Los discapacitados, que desde hace varias semanas duermen frente a la sede de la Corte, se reorganizaron para exigir que se agilicen los procesos para el pago de las prestaciones a las que tienen derecho, entre ellas una pensión como compensación por los servicios prestados y los daños físicos y emocionales sufridos durante el conflicto armado.

⁹ Guatemala Hoy. Resultados de Diagnóstico sobre Discapacitados. Guatemala, junio 11 de 1999.

¹⁰ Diario La Hora. Nueva Concentración de Discapacitados de Guerra. Guatemala, febrero 13 de 2001.



Los afectados, unas 1.500 personas, se organizaron en la ADEGUA, señalando que como resultado del conflicto armado interno, son ahora personas con discapacidad mental, física y sensorial, con la circunstancia agravante que se les dificulta la inserción familiar y social.

Durante varios años se les ha dificultado el sostenimiento de las familias y el acceso al empleo, debido a la discapacidad. Las empresas no les dan trabajo, por lo que están sobreviviendo en extrema pobreza.

El Nuevo Diario¹¹, escribió que existe gran inconformidad entre los miembros de la Organización de Revolucionarios Discapacitados – ORD, ya que no fueron tenidos en cuenta por el gobierno al anunciar un aumento de las pensiones.

El aumento de las pensiones exclusivamente va a ser para los jubilados, sin tener en cuenta el aumento a las pensiones de las víctimas de guerra.

Tampoco fueron reajustadas las pensiones a los excombatientes que pertenecieron a la resistencia nicaragüense y al ejército, a las viudas, los huérfanos y las madres de hijos caídos.

Las víctimas de guerra son personas, tanto del ejército como de la resistencia, que presentan secuelas profundas por heridas de bala, explosión de minas antipersonal y accidentes aéreos o de tránsito en tiempos de la guerra.

Por eso están exigiendo que el gobierno aumente las pensiones de acuerdo a lo

establecido en la ley que dice: “de acuerdo con aumento del salario mínimo a los trabajadores en el sector público, se le aumentará las pensiones a las víctimas de la guerra”.

Para acercarnos a la problemática del conflicto interno en Colombia presentamos algunos resultados de una investigación realizada durante el 2001 por CON FE PAZ¹², según la cual el 2.5 % de los guerrilleros que firmaron acuerdos de paz con el gobierno nacional, entre 1991 y 1995 presenta algún grado de discapacidad por causa de acciones bélicas en las que participaron.

Los reinsertados con discapacidad por guerra han recibido algún tipo de rehabilitación física pero de manera incompleta e irregular. Este tipo de rehabilitación se ha centrado principalmente en las intervenciones quirúrgicas, en particular la cirugía plástica y ortopédica y secundariamente en la administración de medicamentos. El tratamiento post-quirúrgico, la adaptación de prótesis y tratamiento en marcha es deficiente e irregular. El uso de sillas de ruedas, bastones y muletas muchas veces no tiene entrenamiento previo. Los reinsertados con discapacidad han sido atendidos de acuerdo a las necesidades del momento y todos los tratamientos están inconclusos, pues la Dirección General para la Reinserción del Ministerio del Interior suspendió los convenios con el Centro Hospitalario San Juan de Dios y el Seguro Social desde 1999.

El 30% de los reinsertados con discapacidad presenta ansiedad, depresión y estrés postraumático; sin embargo la rehabilitación psicológica no existe como parte de un programa de rehabilitación integral, hasta el

¹¹ El Nuevo Diario. Víctimas de Guerra Exigen más Pensión. Managua, agosto 5 de 1999.

¹² CON FE PAZ. Discapacidad Física, Psicológica y Laboral Causada por el Conflicto Armado. Estudio Descriptivo. CORPOSOL. Bogotá, D.C., 2001.



momento se han tratado 5 casos, que fueron evaluados, diagnosticados y atendidos de manera individual, sin continuidad en el tratamiento ni seguimiento.

Tampoco existe rehabilitación ocupacional y laboral. Después de una década de estarse implementando el proceso de reinserción no se han definido los perfiles ocupacionales de los reinsertados con discapacidad por guerra, ni se desarrollan procesos de capacitación que tengan en cuenta los criterios de la salud ocupacional como parte de un programa de rehabilitación integral. Las iniciativas existentes se pueden calificar como proyectos de generación de empleo por parte de la Dirección General para la Reinserción, las cuales se basan en contratos de prestación de servicios para implementar proyectos productivos de carácter asociativo pero con recursos de capital y asistencia técnica insuficientes.

La inexistencia de un programa de rehabilitación integral ha sido funesta para los reinsertados con discapacidad, pues el 100% de ellos no están afiliados al Sistema de Seguridad Social, carecen de servicios de salud acordes con la gravedad de su problemática, no tienen protección en riesgos profesionales y no están afiliados a un sistema de pensiones.

Para estos reinsertados no existen programas de vinculación laboral con plenas garantías, el 95% no tiene empleo, lo cual agrava su condición social y la de su familia.

Respecto a los exmilitares con discapacidad por guerra, podemos señalar que el 100% de los heridos que ingresan al Hospital Militar y a los Batallones de Sanidad reciben rehabilitación física a través de intervención

quirúrgica, tratamiento post-quirúrgico, adaptación de prótesis y entrenamiento en marcha.

La rehabilitación psicológica principalmente se desarrolla en el Batallón de Sanidad de Bogotá, allí se realiza, durante su estadía, evaluación psicológica al 100% de los soldados con discapacidad y se implementan procesos de apoyo psicoterapéuticos y terapia ocupacional.

En cuanto a la rehabilitación ocupacional y laboral, una Junta Médica de las Fuerzas Militares califica el grado de discapacidad, pero no existen programas para definir el perfil ocupacional; el ejército desarrolla actividades de capacitación en los talleres del Batallón de Sanidad pero carece de programas de vinculación laboral. Si la Junta Médica determina que el grado de discapacidad es del 75%, los militares son pensionados, si el grado de discapacidad es del 25%, son indemnizados. Aquellos que tienen un grado de discapacidad del 75% son afiliados a regímenes exceptuados de salud y pensiones, en salud al Sistema de Servicios de Salud de las Fuerzas Militares y en pensiones al Régimen de Pensiones del Ministerio de Defensa.

A pesar de algunas ventajas comparativas, los militares con discapacidad, particularmente los soldados que no tienen pensión están desempleados y viven en condiciones de pobreza, igual que los reinsertados con discapacidad.

Como podemos observar, las instituciones gubernamentales de Colombia no tienen políticas y programas unificados de prevención y rehabilitación integral del excombatiente, provenga de la guerrilla o del ejército, lo cual demuestra el desconocimiento del problema.



Para CON FE PAZ el punto de referencia de toda acción de intervención es que los excombatientes con discapacidad causada por la guerra, provengan de la guerrilla o del ejército, no sean vistos con lástima sino como personas con derechos sociales, políticos y económicos, pues ante todo son personas con derechos y deberes como ciudadanos.

Desde este punto de vista se entiende que la rehabilitación de los excombatientes trasciende la rehabilitación física. La discapacidad por guerra no se reduce al tratamiento médico, también es un problema psicológico y laboral, con profundas implicaciones sociales y culturales.

El estado tiene la responsabilidad de asumir la rehabilitación integral de los excombatientes con discapacidad, garantizando los derechos sociales, laborales, políticos, económicos, educativos y culturales, además de aquellos derechos que por su condición de personas con discapacidad les corresponde.

Este enfoque debe estar en sintonía con el proceso de paz que se adelanta en Colombia, con las acciones que están desarrollando las organizaciones de excombatientes con discapacidad y con las políticas de las instituciones gubernamentales e internacionales que trabajan con esta problemática.

La integración social de los excombatientes con discapacidad presenta particularidades que deben ser tenidas en cuenta, pues son excombatientes y discapacitados que deben enfrentar una nueva realidad con su familia y el entorno social; es fundamental que

constituyan sus propias organizaciones sociales, con el apoyo y reconocimiento del Estado, para que desarrollen con autonomía sus potencialidades físicas, psicológicas y laborales.

Para CON FE PAZ el principal factor de cambio de las condiciones de vida de los excombatientes con discapacidad por guerra es su vinculación al mercado laboral y subraya la importancia de que el gobierno nacional integre estos criterios en sus planes y normas legales dirigidas a organizar el empleo de los excombatientes con discapacidad por guerra.

Respecto a la problemática de la discapacidad por guerra en el Departamento de Antioquia, encontramos algunos datos parciales que permite observar la evolución del problema durante la última década.

El Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia¹³ realizó una investigación evaluativa sobre el proceso de rehabilitación integral desarrollado con la población civil víctima directa o indirecta de enfrentamientos armados por móviles políticos. La investigación se realizó con una muestra de 261 personas víctimas de la violencia de 314 que el Comité atendió entre noviembre de 1992 y agosto de 1995. Entre los resultados más significativos se destacan los siguientes:

El 84% de la población estudiada pertenece al sexo masculino y el 16% al sexo femenino.

El 24.5% es población menor de edad, en etapa escolar, entre 6 y 18 años; el 70% son adultos entre 19 y 45 años, que fueron afectados a nivel ocupacional como consecuencia de la lesión.

¹³ Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Evaluación al Programa de Atención a Víctimas de la Violencia de la Red de Solidaridad Social. Material Mimeografiado. Medellín, 1996.



En cuanto a escolaridad el 32% de la población tiene algún grado de bachillerato clásico y sólo el 2% posee alguna capacitación técnica.

El 89% de la población estudiada reside en Medellín y el Área Metropolitana; el 11% proviene de varios municipios de los Departamentos de Antioquia y Santander.

El 25% de los miembros del grupo familiar no tiene una actividad ocupacional productiva; el 23.6% tiene empleo dependiente y el 33.5% labora en el sector informal de la economía. El número de desempleados asciende al 26%.

En cuanto al nivel de ingresos, el 35% de las familias reciben menos de un salario mínimo, el 52% recibe entre uno y uno y medio salario y el 5.5% recibe más de uno y medio salario.

Respecto a la causa de la lesión se encontró que el 78% de la población atendida presenta lesiones por arma de fuego, de la cual el 67.5% son hombres y el 10.6% mujeres. El 15% presenta lesiones por artefactos explosivos de fabricación casera y minas quiebrapatatas, estos casos se deben en su mayoría a enfrentamientos entre bandas delincuenciales de los barrios y grupos de milicias populares, donde sus víctimas son generalmente jóvenes; otra población que hace parte del total de lesionados por artefactos explosivos, corresponde a personas desplazadas del Carmen y San Vicente de Chucurí (Santander), en donde las minas quiebrapatatas han causado mutilaciones en los habitantes de esa zona.

Analizando el diagnóstico, se encontró que 169 lesiones causadas por armas de fuego, corresponden a lesiones raquídeo medulares, las cuales afectan la motricidad, el desempeño laboral, social, sexual y familiar.

Las consecuencias de la lesión muestran que en el 50% de la población estudiada predominan las deficiencias músculo esqueléticas de la cabeza, hombros y extremidades.

El 50% de las discapacidades son de locomoción (desplazamiento, subir y bajar escaleras, correr); estas discapacidades afectan proporcionalmente el cuidado personal, la destreza y la disposición del cuerpo entre otros.

El 70% presenta minusvalías de independencia física (incapacidad del individuo para llevar habitualmente una vida independiente con respecto a ayudas y presencia de otras personas).

En la muestra se tuvo en cuenta el proceso de rehabilitación desarrollado con 45 mujeres viudas de la masacre de Urabá, dirigido a la intervención grupal e individual como psicológico.

El 75.5% de las viudas tienen entre 19 y 45 años; el 89% de ellas no tienen primaria completa, situación que dificulta el desempeño laboral por la baja calificación en servicios determinados. También presentan baja calidad de vida en cuanto a satisfactores básicos se refiere.

Todas las personas con limitaciones víctimas de la violencia, pasaron por un proceso de preselección y evaluación interdisciplinario que permitió estructurar un programa individual, incluyendo intervenciones de psicología, terapia física, terapia ocupacional y dotación de aditamentos externos, logrando como último fin, la integración familiar, escolar y laboral, permitiendo la independencia y mejoramiento de la calidad de vida.



El Instituto Popular de Capacitación - IPC¹⁴, reportó que durante 1996, los heridos en combate en Antioquia fueron 46 miembros de las Fuerzas Militares - FFMM, 24 policías, 101 civiles, 31 guerrilleros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - FARC, 7 guerrilleros del Ejército Popular de Liberación - EPL y 3 paramilitares. Los presuntos responsables de estos 212 heridos son: FARC 54, Ejército de Liberación Nacional - ELN 30, Fuerzas Armadas 31 y paramilitares 97.

Los heridos en combate durante 1997 fueron los siguientes: civiles 211, ACCU 37, FFMM 128, FARC 33, policía 23 y paramilitares 2. Los presuntos responsables de los heridos son: Milicias Bolivarianas 16, 100% Nacional 11, FARC 213, ACCU 13, GRACO 58, ELN 33, RUJA-FARC 4, paramilitares 2 y Convivir 1. En 22 casos no se conoce el presunto autor.

Para el año 1998, los heridos en combate fueron: policía 55, FFMM 154, CTI 4, Convivir 2, vigilancia privada 6, militar retirado de Estados Unidos 1, FARC 31, ELN 28, Ejército Revolucionario Guevarista - ERG 1, ACCU 33, civiles 224. Para un total de 559 heridos producto de las confrontaciones entre actores armados. Los presuntos responsables de los heridos son: milicias populares 19, FARC 157, ELN 78, ERG 11, ACCU 78, policía 67, FFMM 89, CUP 60.

Rojas y Salazar¹⁵, manifiestan que durante los últimos veinte años, han muerto violentamente en Medellín 40.000 jóvenes.

En las comunas el 70% de los jóvenes han sido heridos por armas de fuego y explosivos. La

guerra urbana, en Medellín, deja 12 muertos diariamente.

En el 70% de las comunas tienen presencia diversos actores armados: autodefensas, combos, Milicias Populares, Milicias de la FARC y Milicias del ELN.

Esta problemática se explica a partir de la ausencia del Estado en las comunas, expresada en carencia de seguridad social y educación, malas condiciones de vivienda, desplazamiento y desempleo.

El Observatorio de Minas Antipersonal¹⁶ de la Vicepresidencia de la República de Colombia, reportó que entre 1990-2001 ocurrieron 58 accidentes con minas antipersonal en 32 municipios de Antioquia. Estos accidentes causaron lesiones físicas y trastornos psicológicos a las personas afectadas.

3.3. Marco Jurídico y política estatal

El marco jurídico que rige la discapacidad en Colombia está determinado por la Ley 361¹⁷ aprobada el 7 febrero de 1997, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con discapacidad.

Los principios que inspiran esta ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Política de Colombia de 1991; la Declaración de los Derechos Humanos proclamada por la Organización de las Naciones Unidas - ONU en 1948; la

¹⁴ Instituto Popular de Capacitación. Los Intereses que Dinamizan el Conflicto Político Armado en el Territorio de Antioquia. Medellín, 1999.

¹⁵ Rojas, Diana y Salazar, Alonso. Programa la Noche. RCN - Televisión. Bogotá, D.C. Julio 24 de 2002.

¹⁶ Observatorio de Minas Antipersonal. Frecuencia de Accidentes e Incidentes por MAP/UXO por Departamento 1990-2001. Material Mimeografiado. Bogotá, D.C., 2002.

¹⁷ Ley 361, febrero 7 de 1997. Imprenta Nacional. Bogotá, D.C., 1999.



Declaración de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por la ONU en 1971; la Declaración de los Derechos Humanos de las Personas con Limitación contemplada en la Resolución 3447 de la ONU en 1975; el Convenio 159 de la OIT; la Declaración de Torremolinos de la UNESCO en 1981; la declaración de la ONU concerniente a las Personas con Limitaciones de 1983 y la Recomendación 168 de la Organización Internacional del Trabajo-OIT de 1983.

El Informe de la Gestión Institucional Adelantada en Función de la Puesta en Marcha de la Política de Discapacidad en el País¹⁸, muestra que, el Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1998-2002 en ejecución y sustentado por la Ley 361 de 1997, presenta grandes problemas.

Las áreas y temas relacionados con la discapacidad son tratados residualmente y las ofertas institucionales no cuentan con indicadores de ejecución y métodos de seguimiento. Existen vacíos en la planificación institucional y la mayoría de instituciones compromisorias no cuentan con instrumentos estratégicos que permitan orientar sus políticas hacia objetivos definidos, ni tienen planes gerenciales para administrar la política de derechos de las personas con discapacidad. Por eso, el Estado es propenso a ofrecer respuestas reactivas de carácter coyuntural, que sólo satisfacen necesidades ocasionales, pues no cuenta con políticas estables para lograr los objetivos de largo plazo que coincidan con el mandato de la Constitución Política Nacional.

Trascender la formulación del Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad es útil para aplicar los principios de racionalidad

presupuestal, coordinación interinstitucional y coherencia programática que se deben observar al momento de formar una política pública en discapacidad, acorde con las disposiciones institucionales, las competencias y oportunidades.

Este ha sido el principal reto de los Grupos de Enlace Sectorial y Política Pública del nivel nacional organizado con el apoyo y la orientación de la Consejería Presidencial para la Política Social, la Secretaría Técnica de la Política de Discapacidad, liderada por el Ministerio de salud. Apostarle a un manejo integral y específico de las tres áreas fundamentales de la temática, donde la familia se constituye en el centro de atención de las personas con discapacidad y la sociedad actúa como un contexto, posibilitando u obstaculizando el desarrollo de las condiciones para el logro de una mejor calidad de vida de este grupo poblacional.

La necesidad de un cambio de enfoque en la forma de concebir las actividades centradas en el individuo con discapacidad y necesidades básicas insatisfechas; la atención para que la persona con discapacidad funcione como sujeto de derechos y desarrolle sus capacidades, estableciendo relaciones con los otros y actuando en sociedad, son las formas de garantizar la institucionalidad de una política pública en materia de discapacidad en el país.

Las acciones propuestas para el cumplimiento de las funciones de coordinación de la Secretaría Técnica han tenido como propósito fundamental:

¹⁸ Presidencia de la República, Consejería Presidencial para la Política Social, Ministerio de Salud. Informe de la Gestión Institucional Adelantada en Función de la Puesta en Marcha de la Política de Discapacidad en el País. Material Mimeografiado. Bogotá, D.C., 2000.



75

- Dinamizar la organización y funcionamiento de las instancias contempladas en la Ley 361 de 1997, artículo 6, como son el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación y los Grupos de Enlace Sectorial del nivel nacional: prevención, integración familiar y social, integración educativa, integración laboral, accesibilidad.
- Poner en marcha el desarrollo del Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1998-2002, acompañando la gestión de los Grupos de enlace Sectorial, en particular el desarrollo de las actividades de soporte en información, planeación, toma de decisiones, movilización social, investigación y desarrollo, en función de metas y propósitos comunes acordados por las instancias técnicas nacionales.
- Iniciar el proceso de formulación de una Política Pública para la atención de esta problemática.

LIBRO DE ACTAS DE LA REUNIÓN DE LOS GRUPOS DE ENLACE SECTORIAL



Capítulo 4

Método

4.1 Tipo de estudio

Se implementó un estudio descriptivo en el marco de la investigación cualitativa.

Metodológicamente la investigación cualitativa comporta unas características esenciales que la hacen eficiente para explorar la realidad social, la cual es compleja y en constante evolución.

La comprensión de los problemas se fundamenta en datos concretos, más que en una hipótesis a priori. Nada es considerado como demostrado, nada es considerado de entrada como verdad.

Las técnicas utilizadas para recoger la información y las vías para allegar la información son flexibles. La técnica sirve al investigador y constituye un vínculo entre éste y su proyecto.

La población de estudio no se reduce a variables, pues se estudia el contexto en el que éstos interactúan.

Todos los puntos de vista son valiosos, en particular se concede la palabra a todos aquellos que son oídos raramente; a la vez se tiene en cuenta el efecto que produce la investigación sobre las personas que estudia.

La interpretación de los resultados no causa daño a la población de estudio, tiene en cuenta los problemas éticos y a los participantes se les proporciona información sobre los resultados del mismo.

4.2 Muestreo

Para analizar las características de las lesiones se estudio una muestra de 89 exmilitares, 80 reinsertados y 292 civiles con discapacidad por guerra.

Los trastornos psicológicos fueron estudiados en una muestra de 89 exmilitares, 59 reinsertados y 71 civiles con discapacidad por guerra.

4.3 Instrumentos de recolección de información

Para recolectar información sobre las características de las lesiones causadas por la guerra, se recurrió a fuentes secundarias, para lo cual se estudiaron historias clínicas, resúmenes de historias clínicas y reportes institucionales; que fueron sistematizados de acuerdo al Código Internacional Unificado de Ocupaciones - CIUO de la OIT.



Al no existir un instrumento específico para sistematizar la discapacidad por guerra optamos por el código señalado, por ser el que más se aproxima a la problemática estudiada.

Este sistema de registro de lesiones, es esencialmente un método que permite clasificar tipos particulares de información, sobre casos individuales de accidentes, en este caso, bélicos.

El procedimiento de análisis comienza con la identificación y clasificación del agente de la lesión, continua con la identificación y clasificación de la parte del cuerpo afectada y termina con la identificación y clasificación de la naturaleza de la lesión.

Estos son factores del análisis de las lesiones que representan la cantidad básica de información que puede esperarse de un informe sobre lesiones causadas por acciones bélicas. Los esfuerzos por analizar los informes de lesiones más allá de los factores descritos, ordinariamente resultarán en la clasificación "desconocida" y pueden producir una información estadística equivocada.

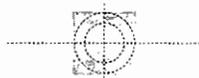
Cada una de las categorías de análisis representa un concepto excluyente. Por definición no hay superposición en el significado entre las categorías. Como resultado, los datos registrados en cualquier categoría, pueden recopilarse independientemente y ser interpretados

lógicamente en términos de las categorías básicas especificadas en la definición de las categorías.

Para recolectar la información sobre trastornos psicológicos, CON FE PAZ recurrió a fuentes primarias, para lo cual diseñó una Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra (ver anexo).

Los trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra e identificados a través de la presente investigación, se analizan de acuerdo a los criterios internacionales de diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático -TPEP contemplados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV(1994) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana.

El DSM-IV define el TPET como un conjunto de síntomas desarrollados después de que el individuo haya participado, sido testigo o haya escuchado un suceso traumático en extremo estresante. Ante esta experiencia la persona reacciona con miedo e impotencia, reviviendo el suceso de forma persistente e intentando evitar los recuerdos asociados. El TPET no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un suceso traumático de excepcional intensidad como es el caso de la discapacidad generada por actos bélicos.



Capítulo 5

Descripción y análisis de resultados

5.1 Información sociodemográfica

TABLA 1

Discapacidad por guerra en Antioquia y sexo en exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002

Sexo	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
Masculino	99	64	79
Femenino	1	32	17
Sin datos	0	4	4
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.

La participación creciente de las mujeres en el conflicto armado Antioqueño, ya sea como combatientes en la insurgencia o como víctimas de la población civil, es un hecho alarmante que no puede pasar desapercibido.

Si observamos la Tabla 1, encontramos que las mujeres con discapacidad por guerra representan el 1% en los exmilitares; el 32% en los reinsertados y el 17% en los civiles.

Esta participación creciente de las mujeres en el conflicto armado, nos permite señalar la necesidad de incluir el componente de género en las políticas y programas de

prevención y atención a las personas con discapacidad por guerra.

Como lo muestra la Tabla 2, el 88% de las personas con discapacidad por guerra son menores de 44 años y, en promedio, el 57% es población joven con una edad entre 15 y 29 años. Se trata de una población en edad de trabajar, pero con limitaciones para asumir determinadas tareas productivas debido a su discapacidad.

Ante esta situación, se requiere una intervención desde la salud ocupacional para identificar los perfiles ocupacionales de las personas con discapacidad y con este



TABLA 2

Discapacidad por guerra en Antioquia y edad en exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002

Edad	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
15 – 19 años	7	3	7
20 – 24 años	29	14	24
25 – 29 años	39	22	13
30 – 34 años	14	20	18
35 – 39 años	7	20	20
40 – 44 años	1	9	7
45 – 49 años	0	3	1
50 – 54 años	1	3	1
Más de 55 años	2	2	3
Sin datos	0	4	6
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones Físicas; y Amigos de los Limitados Físicos.

sustento desarrollar procesos de rehabilitación y ubicación laboral adecuados.

La elaboración de los perfiles ocupacionales tendrá en cuenta el tipo de discapacidad y el oficio o puesto de trabajo que conozca o esté desempeñando la persona. Igualmente, la evaluación para definir el perfil ocupacional

debe identificar los requerimientos mínimos para desempeñar un puesto de trabajo a nivel de procesos mentales, sensopercepción, motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, conocimientos académicos, ambiente organizacional y responsabilidad.

En la tabla 3 observamos que la población estudiada predominantemente realizo

TABLA 3

Discapacidad por guerra en Antioquia y escolaridad en exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002

Escolaridad	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
Ninguna	2	7	1
Primaria	47	61	32
Secundaria	32	19	47
Técnica	2	3	7
Universitaria	0	3	7
Sin datos	17	9	6
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.



estudios primarios y secundarios. Mientras que el acceso a la educación técnica y universitaria es supremamente baja.

Sólo el 2% de los exmilitares, el 3% de los reinsertados y el 7% de los civiles han tenido acceso a la educación técnica. Este nivel de capacitación aunado a la discapacidad dificulta la vinculación laboral y la realización de actividades productivas.

Los niveles de formación universitaria son, aún, más bajos, sólo el 3% de los reinsertados y el 7% de los civiles han alcanzado este nivel educativo, mientras que ningún ex militar (soldado) a tenido acceso a la educación universitaria. Un porcentaje tan bajo de educación universitaria excluye a las personas con discapacidad por guerra de las actividades profesionales a las que tienen derecho como ciudadanos.

Ante esta situación se requieren programas de capacitación y formación, principalmente técnica que facilite la vinculación laboral y la implementación de pequeñas y medianas empresas constituidas por las personas con discapacidad por guerra. Así mismo se

requieren subsidios por parte del gobierno nacional y departamental para que esta población tenga acceso a la educación superior.

Según la Tabla 4, los índices de desempleo son alarmantes, alcanzan el 71% en exmilitares, 83% en reinsertados y 86% en civiles. Estas cifras exageradamente altas, incluso respecto al 20% de desempleados existentes en Colombia, demuestra que las personas con discapacidad por guerra tienen mayor dificultad que otras personas para conseguir empleo.

Además, dificultan los procesos de rehabilitación integral, en los cuales el empleo juega el papel principal.

Los siguientes criterios de la Organización Internacional para la Provisión de Trabajo para Personas con Discapacidad, nos pueden servir de guía para mejorar la situación laboral de los excombatientes y civiles con discapacidad:

- Tener un empleo es de importancia crucial para la participación en la sociedad.

TABLA 4

Discapacidad por guerra en Antioquia y trabajo actual en exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002

Trabajo actual	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
Si	18	12	11
No	71	83	86
Sin datos	11	5	3
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.



- El empleo de personas con discapacidad supone valores humanos para el individuo como valores económicos para la sociedad.
- Se trata de trabajo remunerado, un trabajo significativo a cambio de unos ingresos razonables.
- El empleo de personas con discapacidad ha de considerarse como parte de la política laboral del gobierno y no como parte de los servicios sociales.
- Las personas con discapacidad forman un grupo heterogéneo. Es necesario un amplio abanico de medidas.
- Es necesario que los empleadores muestren su voluntad de ofrecer oportunidades laborales a las personas con discapacidad.

En síntesis, podemos concluir que las

principales características sociodemográficas de las personas con discapacidad por guerra en Antioquia son las siguientes:

- El principal problema es el desempleo
- Existe una creciente participación de la mujer en el conflicto armado
- La mayoría son jóvenes en edad de trabajar
- Los niveles de formación técnica y universitaria son muy bajos

5.2 Características de las lesiones causadas por guerra

Los exmilitares son la población más afectada por diversos agentes de la lesión. El 29% ha sido lesionado por minas antipersonal, el 27% por balas de fusil, el 22% por el terreno y el 15% por situaciones estresantes (Ver Tabla 5).

TABLA 5

Discapacidad por guerra en Antioquia y agente de la lesión en exmilitares (n=89), reinsertados (80) y civiles (n=292), abril 2002

Código CIUO	Agente de la lesión	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
2335	Artefacto explosivo	29	5	14
2335	Arma de fuego	27	79	80
2246	Arma corto punzante	0	4	6
5810	Terreno	22	4	0
8800	Misceláneos (situaciones estresantes)	15	5	0
9800	Sin clasificar	2	0	0
5620	Vehículo motorizado	2	3	0
1500	Aparatos eléctricos	1	0	0
2400	Calor atmosférico	1	0	0
2700	Agentes infecciosos	1	1	0
	Total	100	100	100

Fuente: Historias y Reportes Clínicos. Consultados en Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayaacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, Seguro Social Seccional de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente de Paul; Hospital Pablo Tobón Uribe y Hospital General de Medellín.



El terreno como agente de la lesión, está relacionado con el sobreesfuerzo físico (marchas o combates con equipo pesado) que realiza el combatiente en un área de operaciones o área geográfica quebrada, húmeda o cálida, pantanosa o pedregosa y con diversos obstáculos físicos.

Las situaciones estresantes, como agentes de lesión y trastorno psicológico, están relacionadas con la permanencia prolongada, de meses, en un área de operaciones donde se combate constantemente y la persona presencia a otras personas heridas o muertas; siente temor y cansancio físico y mental; se enfrenta constantemente a situaciones de riesgo en las cuales peligran su vida; y se ve obligado a vivir en condiciones supremamente duras y difíciles.

Los reinsertados fueron lesionados en el 79% de los casos por balas de fusil; mientras que otros agentes de la lesión tienen menor incidencia y alcanzan frecuencias inferiores al 5%, tales como: granadas de fragmentación, armas corto punzantes (machetes) y el terreno.

El 80% de los civiles fueron lesionados por balas de revólver y changón, y el 14% por minas antipersonal en el caso de pobladores rurales y artefactos explosivos de fabricación casera en el caso de pobladores urbanos.

Las partes del cuerpo más afectadas en los tres grupos poblacionales, según la Tabla 6, son: el sistema nervioso y las extremidades inferiores.

Respecto al sistema nervioso, encontramos que los exmilitares son afectados en el 16% de los casos, los reinsertados en el 24% y los civiles en el 72%. La lesión de ésta parte del cuerpo principalmente es causada por balas de fusil, revolver y changón, y secundariamente por esquirlas de artefactos explosivos y situaciones estresantes.

En cuanto a las extremidades inferiores, resultaron afectados el 16% de los exmilitares, el 14% de los reinsertados y el 6% de los civiles. Las lesiones de esta parte del cuerpo en la mayoría de los casos son causadas por minas antipersonal y secundariamente por balas de fusil y revólver.

En el 12% de los exmilitares fueron lesionadas la espalda y la columna, principalmente por el terreno y secundariamente por balas y esquirlas.

El oído interno resultó afectado en el 10% de los exmilitares debido a ondas explosivas.

El 10% de los reinsertados presentan lesiones de miembros superiores por causa, predominante, de balas de fusil.

En la Tabla 7, observamos que la naturaleza de la lesión de mayor frecuencia en los tres grupos de población es el traumatismo, le siguen en orden de importancia las lesiones múltiples, las amputaciones y los trastornos psicológicos por situaciones estresantes.

El traumatismo principalmente es raquídeo medular, por ello los altos porcentajes de paraplejía.

Las lesiones múltiples involucran varios sistemas orgánicos, miembros superiores e inferiores y diversos órganos de los sentidos o la combinación de los anteriores.

La amputación por lo general es de miembro inferior, por debajo o por encima de rodilla.

Los trastornos psicológicos implícitamente involucran el sistema nervioso central y las funciones psíquicas. Se observa en estos casos cuadros depresivos, estados de ansiedad y estrés postraumático.



TABLA 6

Discapacidad por guerra en Antioquia y parte del cuerpo afectada en exmilitares (n=89), reinsertados (n=80) y civiles (n=292), abril 2002

Código CIUO	Parte del cuerpo afectada	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
598	Extremidad inferior múltiple	16	14	5
840	Sistema nervioso	16	24	71
420	Espalda, columna	13	4	0
124	Oído interno	10	0	0
198	Partes múltiples de la cabeza	6	0	0
700	Partes múltiples	5	5	6
860	Varios sistemas orgánicos	5	1	5
130	Ojo	3	5	1
160	Cráneo	3	0	0
311	Brazo	3	3	0
830	Sistema músculo - esquelético	3	4	8
999	Sin clasificar	2	0	0
100	Cabeza	2	0	0
450	Hombros	2	0	0
511	Muslo	2	3	0
110	Cerebro	1	1	0
315	Antebrazo	1	3	0
330	Mano	1	4	0
398	Extremidad superior múltiple	1	10	1
498	Tronco múltiple	1	1	0
513	Rodilla	1	0	0
530	Pie	1	2	0
801	Sistema circulatorio	1	0	0
850	Sistema respiratorio	1	0	0
430	Tórax	0	4	2
313	Codo	0	3	0
515	Pierna	0	3	0
999	Sin clasificar	0	1	0
124	Oído interno	0	1	1
141	Mandíbula	0	1	0
148	Cara partes múltiples	0	1	0
410	Abdomen	0	1	0
810	Sistema digestivo	0	1	0
	Total	100	100	100

Fuente: Historias y Reportes Clínicos. Historias y Reportes Clínicos. Consultados en Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayaacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, Seguro Social Seccional de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente de Paul; Hospital Pablo Tobón Uribe y Hospital General de Medellín.

Para entender las consecuencias físicas de una lesión causada por la guerra, es necesario tener en cuenta que antes de la lesión, la persona desempeñaba diversas actividades

sin dificultad alguna. Sin embargo, por causa de la guerra se produce un suceso anormal, inesperado y traumático. Como consecuencia, la persona resulta lesionada de una forma



TABLA 7

Discapacidad por guerra en Antioquia y naturaleza de la lesión en exmilitares (n=89), reinsertados (n=80) y civiles (n=292), abril 2002

Código CIUO	Naturaleza de la lesión	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
100	Amputación	17	4	12
400	Lesiones múltiples	17	29	7
999	Trastornos psicológicos	16	4	0
310	Distensiones, desgarros, lumbalgias	13	1	0
160	Traumatismo	11	49	71
210	Fracturas	10	5	8
230	Pérdida de la audición	10	1	1
140	Concusión cerebral	2	1	0
150	Enfermedad infecciosa	1	1	0
170	Herida	1	4	0
260	Inflamación, espondilitis anquilosante	1	1	0
290	Lesión de tejidos	1	0	0
100	Enucleación	0	0	1
	Total	100	100	100

Fuente: Historias y Reportes Clínicos. Historias y Reportes Clínicos. Consultados en Dispensario de la IV Brigada y Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, Seguro Social Seccional de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente de Paul; Hospital Pablo Tobón Uribe y Hospital General de Medellín

determinada por un agente específico, lo que produce un determinado tipo de lesión corporal, que cambia radicalmente el cuerpo de la persona y las actividades que hasta ese momento desarrollaba sin ninguna dificultad. La persona resulta permanentemente discapacitada y puede desarrollar enfermedades, en el futuro, como consecuencia de la lesión.

Clasificar el agente de la lesión, la parte del cuerpo afectada y la naturaleza de la lesión, es de gran importancia para identificar con claridad los daños a la integridad física de la persona, elaborar del diagnóstico clínico y definir el tipo de rehabilitación física a seguir.

La identificación de las características de la lesión y sus tasas de frecuencia permiten determinar qué agente la causa y el grado de gravedad de la misma.

Ello constituye la base para planificar acciones preventivas. De esta manera, se puede determinar con mayor eficacia en qué actividades hay más riesgos, a fin de diseñar campañas de prevención de accidentes con minas antipersonal, instaurar sistemas de inspección, establecer normas de seguridad y formular reglamentos y procedimientos.

Así mismo, la información sobre sexo y edad permiten identificar los grupos de alto riesgo



85

en los diferentes segmentos de la población involucrada en el conflicto armado y concentrar los esfuerzos en ellos.

La información sobre lesiones puede utilizarse para señalar y establecer las esferas prioritarias de acción. Estas esferas pueden definirse en función de las actividades humanas con riesgo de sufrir lesiones muy graves, aquellas con mayores probabilidades de que parte del grupo expuesto resulte lesionado y aquellas en que grandes grupos de combatientes se exponen a riesgos, o una combinación de las mismas.

La investigación y el seguimiento de las estadísticas sobre lesiones de guerra, permiten identificar dónde se han logrado mejoras y dónde se ha deteriorado la situación en materia de seguridad frente al conflicto armado, y pueden detectar el surgimiento de nuevas esferas de riesgo. Los datos también pueden contribuir a evaluar si las medidas adoptadas para prevenir la discapacidad por guerra son eficaces o no. Ello a su vez, ayuda a identificar la acción preventiva más idónea, lo que permite concentrar los esfuerzos de forma más eficiente.

5.3 Trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra

Al observar la Tabla 8, hallamos que los trastornos cognoscitivos presentan frecuencias extremadamente altas, que afectan hasta el 61% de los exmilitares, el 85 % de los reinsertados y el 56% de los civiles. Estos trastornos están relacionados principalmente con diversos síntomas referidos a la reexperimentación y evitación persistente de estímulos, recuerdos y pensamientos asociados al suceso traumático.

Los trastornos cognoscitivos afectan los procesos psicológicos superiores como la memoria, el pensamiento, la concentración, el sueño, la percepción y las emociones.

El suceso traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.

Se presentan sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática. El suceso traumático y otras imágenes relacionadas con el suceso recurren frecuentemente en sueños y pesadillas. Las reacciones físicas y emocionales son desproporcionadas ante acontecimientos relacionados con el suceso traumático.

El recuerdo o amenaza del suceso traumático provoca un estado de hiperactivación fisiológica, cognitiva y comportamental que moviliza los recursos del organismo para hacerle frente. La hiperactivación se caracteriza por dificultades para conciliar el sueño, hipervigilancia, problemas de concentración, irritabilidad, impulsividad y agresividad.

La persona tiene la percepción de que el suceso traumático está ocurriendo, tiene la sensación de estar reviviendo el suceso.

Se presenta malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del suceso traumático.

También podemos observar la evitación de estímulos asociados al suceso traumático. La persona evita pensamientos, recuerdos, sentimientos y conversaciones sobre el suceso.



TABLA 8

Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos cognoscitivos en exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002

	Trastornos cognoscitivos	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
1	Tiene pesadillas repetitivas relacionadas con la guerra?	34	64	25
2	Tiene terrores nocturnos relacionados con la guerra?	27	63	13
3	Se sobresalta por ruidos o situaciones que le recuerdan la guerra?	46	76	38
4	Piensa que lo pueden matar en cualquier momento?	32	73	37
5	Tiene la idea que lo persiguen para matarlo?	3	63	13
6	Tiene la idea de matar a otras personas?	15	12	11
7	Tiene dificultad para tomar decisiones?	32	29	44
8	Tiene dificultad para concentrarse?	36	39	49
9	Tiene dificultad para solucionar problemas?	3	31	48
10	Se angustia cuando recuerda la guerra?	53	78	54
11	Trata de no pensar o hablar sobre su discapacidad?	61	66	35
12	Recuerda los actos de guerra así no quiera recordarlos?	61	85	56
13	Considera que es una persona útil?	92	88	93

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y el Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.

Los trastornos emocionales, observados en la tabla 9, presentan una frecuencia que alcanza hasta el 57% en los exmilitares, 71% en reinsertados y 70% en civiles. Estos trastornos están relacionados con el embotamiento de la reactividad general de la persona, lo cual se expresa en reducción del interés o de la participación en actividades significativas; sensación de despego o aislamiento frente a los demás; restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor) y sensación de frustración.

La evitación, huida, bloqueo emocional, aislamiento social y rechazo de la persona a situaciones, lugares, pensamientos,

sensaciones o conversaciones relacionada con el suceso traumático son signos comunes en la mayoría de las personas con discapacidad por guerra.

Muchas de ellas sufren episodios depresivos, pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes.

La ira y agresividad son reacciones comunes; cuando estos trastornos emocionales alcanzan límites desproporcionados interfieren de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento cotidiano de la persona.



TABLA 9
Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos emocionales en
exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002

	Trastornos emocionales	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
14	Siente temor pero no sabe a qué?	43	73	62
15	Siente deseos de llorar y a veces llora?	53	71	70
16	Se enoja con facilidad?	46	48	49
17	Es agresivo con otras personas?	23	22	20
18	Se siente triste y decaído?	57	56	38
19	La discapacidad ha alterado su vida sexual y afectiva?	30	29	69
20	Se siente angustiado?	47	51	35
21	Tiene confianza en el futuro?	74	56	76
22	Se siente frustrado?	23	32	21
23	Se siente molesto consigo mismo por su situación actual?	46	49	35
24	Se siente aislado de otras personas?	39	36	37
25	Tiene dificultad para sentir amor o afecto por otras personas?	27	17	16
26	Encuentra agradable vivir?	87	80	90

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y el Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.

Los trastornos psicósomáticos están relacionados con síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del suceso traumático) que presentan frecuencias que llegan hasta el 54% en exmilitares, 63% en reinsertados y 65% en civiles, tal como lo muestra la Tabla 10.

Por lo general se presenta un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia y un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Estos síntomas pueden configurar un cuadro de ansiedad.

Las personas que han vivido un suceso traumático por causa de la guerra pueden experimentar ataques de pánico cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el suceso traumático; estos ataques incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia

acompañadas de síntomas como taquicardia, sudoración, náuseas y temblores.

Las consecuencias psicosociales de la discapacidad por guerra están relacionadas con la exclusión social, la pobreza, la falta de seguridad social y la adaptación a una nueva situación social y personal, tal como lo muestra la Tabla 11.

Desde la óptica psicosocial, el problema fundamental es la vulnerabilidad de las personas con discapacidad, ellas tienen desventajas que las coloca en una situación de riesgo, son más susceptibles a los problemas de salud física y psicológica, al desempleo y la discriminación.

Es responsabilidad del Estado asignar recursos para que las instituciones



gubernamentales y privadas implementen la legislación existente para atender a esta población, garantizándole la seguridad social a la que todo ciudadano tiene derecho y por ende facilitando los procesos de reinserción, readaptación y rehabilitación.

Si una persona con discapacidad por guerra tiene empleo o una pensión; es propietario de una vivienda; recibe servicios de salud, estudia y se recrea, sus problemas se minimizan. Sentirá seguridad personal ante el futuro, tendrá sentido de pertenencia a un grupo social, su autoestima aumentará y se sentirá una persona útil y con reconocimiento social.

Si observamos con detenimiento la gravedad, cantidad y frecuencia de los trastornos psicológicos identificados, podemos afirmar que nos encontramos ante la presencia de un Trastorno de Estrés Postraumático - TEPT generalizado que afecta a más del 50% de las personas con discapacidad por guerra.

Nos encontramos, por tanto, ante un desorden que provoca diversas consecuencias psicológicas y secuelas a largo plazo. El suceso traumático, capaz de provocar el TPET es tan abrumador que afecta a la mayor parte de las personas, pues todos se vieron abocados a enfrentar un acto violento que cambio radicalmente sus vidas.

TABLA 10

Discapacidad por guerra en Antioquia y trastornos psicósomáticos en exmilitares (n=89), reinsertados (59) y civiles (n=71), abril 2002

	Trastornos psicósomáticos	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
27	Presenta diarrea crónica?	4	5	1
28	Sufre de estreñimiento?	22	20	47
29	Ha perdido el apetito?	22	22	20
30	Tiene dificultad para respirar?	13	14	18
31	Sufre de asma?	4	2	7
32	Siente dolor en el cuello?	38	25	30
33	Siente dolor de espalda?	53	39	41
34	Siente tensión y dolor muscular?	54	44	55
35	Siente dolor de cabeza constantemente?	32	41	14
36	Siente cansancio y agotamiento físico?	35	59	44
37	Presenta sudoración y sensación de frío en las manos?	41	42	35
38	Siente hormigueo en los dedos de las manos?	37	46	28
39	Sufre de presión sanguínea alta?	9	12	11
40	Presenta palpitaciones?	23	41	18
41	Orina con mayor frecuencia que antes?	31	36	54
42	Ha presentado episodios de impotencia sexual?	21	32	65
43	Sufre de insomnio?	32	63	25

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y el Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.



En suma, el enfrentamiento bélico puede producir un daño psicológico profundo y crónico; el suceso bélico genera un fuerte impacto psicológico que desborda lo adaptativo y lo racional.

Los casos que estamos tratando tienen origen en experiencias de guerra que causaron discapacidad física y psicológica. Las personas reviven el suceso traumático en los sueños y en sus pensamientos diarios; intentan evitar cualquier estímulo que lo recuerde, pueden llegar a entrar en un estado de hiperactivación o bien sufrir un embotamiento

de sus respuestas. Además, pueden presentar síntomas depresivos, ansiosos y dificultades cognoscitivas

Son evidentes la reexperimentación del suceso traumático; la evitación comportamental, cognitiva y emocional de los estímulos, percepciones, recuerdos y pensamientos asociados al suceso, y las respuestas psicósomáticas y de alarma exageradas.

También encontramos otros trastornos asociados al TPET, entre los que sobresalen la depresión, la ansiedad, el consumo de

TABLA 11

Discapacidad por guerra en Antioquia y consecuencias psicosociales en exmilitares (n=89), reinsertados (n=59) y civiles (n=71), abril 2002-06-21

	Consecuencias psicosociales	% del total exmilitares	% del total reinsertados	% del total civiles
44	Es discriminado socialmente por su discapacidad?	46	39	32
45	La discapacidad le ha impedido conseguir empleo?	63	61	87
46	La discapacidad ha limitado su acceso a la educación?	30	44	38
47	Implementa actividades recreativas?	50	56	56
48	Tiene vivienda propia?	14	12	54
49	Vive con su familia?	76	58	90
50	Vive sólo?	11	37	6
51	Consume licor mínimo una vez a la semana?	40	34	25
52	Fuma todos los días?	26	31	18
53	Consume drogas psicotrópicas (marihuana, bazuco, cocaína)?	1	7	7
54	Es desplazado por causa de la guerra?	30	63	18

Fuente: Encuesta para Identificar Trastornos Psicológicos Asociados a la Discapacidad por Guerra – CON FE PAZ. Aplicada en el Dispensario de la IV Brigada y el Batallón de Sanidad del Ejército; Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones; y Amigos de los Limitados Físicos.



bebidas alcohólicas y pensamientos de persecución y agresión.

El suceso traumático no es el único factor generador del TPEP, la respuesta al mismo y su significado subjetivo junto a otros factores (alteraciones neurofisiológicas, biografía del sujeto, rasgos de su personalidad, adaptación previa, apoyo social) son los que, en definitiva, determinarán su aparición.

En la etiología del TPET están implicados distintos mecanismos, desde una alteración en la regulación de los neurotransmisores hasta una alteración del sistema endocrino y, desde el punto de vista clínico, el comienzo puede ser precoz o tardío, los síntomas pueden ser persistentes o intermitentes y la evolución, aguda o crónica.

5.4 Política departamental sobre la discapacidad por guerra

A través de entrevistas calificadas a personas con cargos directivos en instituciones públicas

y privadas del sector salud, administración municipal, organizaciones no gubernamentales y gremios económicos de Antioquia se constató que el departamento no cuenta con una política oficial de prevención y rehabilitación integral dirigida a personas con discapacidad por guerra.

Existen diversas instituciones públicas y privadas, con sede en Medellín, que desarrollan políticas, programas y actividades parciales, con bajos niveles de coordinación y escasos recursos económicos, relacionadas con la atención a personas con discapacidad por guerra, en especial a nivel médico y psicosocial.

Entre dichas instituciones se destacan: el Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Amigos de los Limitados Físicos, Oficina de Atención Municipal al Discapacitado y Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín, Seccional de Salud de Antioquia, Dispensario de la IV Brigada del Ejército y Clínica Regional del Valle de Aburra.



Capítulo 6

Memorias del foro sobre discapacidad por guerra en Antioquia

El 5 de julio de 2002, con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID y la Organización Internacional para las Migraciones-OIM, CON FE PAZ realizó en Medellín, un Foro sobre Discapacidad por Guerra en Antioquia, al cual asistieron 105 personas en representación de instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, organizaciones de personas con discapacidad por guerra de Antioquia, Dispensario de la IV Brigada del Ejército, Servicio de Rehabilitación de la Clínica Regional del Valle de Aburra – Policía Nacional, instituciones de cooperación internacional, Instituciones privadas de Bogotá, D.C. y medios de comunicación.

CON FE PAZ presentó el documental “La reconciliación un camino hacia la paz” y expuso los principales resultados de la presente investigación.

Posteriormente, los representantes de la población con discapacidad por guerra expresaron sus criterios, testimonios y propuestas; luego las instituciones expusieron sus experiencias. Una vez escuchados los diferentes expositores pasamos al trabajo de comisiones y por último a la plenaria de conclusiones.

A continuación, el lector encontrará una síntesis de las principales exposiciones y conclusiones del foro.

6.1 Testimonios de personas con discapacidad por guerra

6.1.1 Testimonio de Miller Quiñónez (Civil)

Que cómo fue mi discapacidad? Bueno, eso fue un enero del 88. Más o menos a las 7:30 de la noche escuché unos tiros, 3 tiros y pregunté que pasaba; desafortunadamente vivo en un lugar donde en este momento hay mucho conflicto, en aquel entonces era más calmado, de todas maneras salí y pregunté: Qué pasó?: “No sé, creo que de pronto hirieron a un primo tuyo” ¡huy! Un primo mío, como así? Entonces salí a buscar y a darme cuenta si era verdad, entonces yo corrí de tal manera que la gente se iba quedando, yo seguía corriendo, pasé por el rededor de mi casa, le di la vuelta a la manzana y cuando llegué a un lugar ya alcancé a otros que corrían a buscar lo mismo que yo iba a buscar y le preguntamos a alguien: hey, han visto correr a fulano de tal, a mi primo? “Ha no, por aquí no lo hemos visto”, me contestaron; entonces cuando salí a la calle, los pelaos que iban conmigo, que sabían quien era el que había hecho los tiros, me dijeron que no hiciera bulla. No sabía por qué, cuando dijeron eso, el tipo que había hecho los tiros me confundió con mi primo y me hizo 6 tiros, estábamos en un lugar muy oscuro, a mi me pegó el último tiro, la última bala que tenía en el revolver me la pegó en la espalda. Yo



empecé a moverme de tal manera que cuando empecé a moverme el tipo pensó que yo estaba vivo, cuando se me acercó me dijo: "Huy hermano, usted no era" Pero ya era muy tarde para mí, porque me había metido un tiro, pero era más tarde para él, porque las personas que venían detrás de él, lo cogieron y también lo aporrearon.

Yo era un pelao sano, no tengo porque mentirle, de verdad que no, yo ese día estaba con una amiguita, estaba por allá en la casa de ella, era un pelao trabajador, trabajaba en la plaza minorista en el sector de aves. Lo que pasa es que desafortunadamente ese día mi primo estaba vestido con un overol azul y un sombrero negro, yo tenía un overol azul y una gorra negra, estábamos muy similarmente vestidos, por eso pienso que me pudo haber confundido, además estábamos en un lugar muy oscuro.

Fue muy teso créame, los primeros 4 años ¡Tesisimo! Té imaginás? Yo jugaba fútbol, jugué tres partidos con la selección Antioquia, entrenaba en el equipo Arco Zaragoza, en la Unidad Deportiva de Belén, unos directivos del equipo Cristal Caldas, ahoritica el Once Caldas, me estaban viendo y les gustaba como yo jugaba, era un pelao, yo tenía 16 años, ya me daban los pasajes y para tomar frescos. Jugar fútbol para mí era mucha moral; de un momento a otro en una silla de ruedas.

¡Tesisimo! Por aquí en el barrio había un baile y me decían: "Miller, ve, por allá abajo hay un baile pero a vos no te invitaron", entonces yo decía: pero tampoco me dijeron que no fuera, allá me aparecía y a todo baile iba y Miller era un salsómano del barrio y de un momento a otro Miller en una silla de ruedas.

Los primeros 4 años como les decía fueron muy tesos, fueron muy complicados, pero

empezaron las cosas. Una vez empecé a clamarle a Dios y a decirle: bueno, necesito que usted me de un empleo, porque aquí mi gente a pesar de que son mi mamá, mis hermanos, la gente de la casa también se cansa, se cansan de ver siempre a esa persona ahí que no hace sino pedir y exigir cosas y que hay que gastarle, tratar de conseguir la comida y la salud, de gastar cosas para llevarlo al médico, para llevarlo a las fisioterapias entonces la gente se cansa, eso se que lo ha vivido el mejor limitado físico y pude ser el limitado físico mas rico, sabe que lo que estoy diciendo es verdad

Que la gente, la demás gente se cansa, entonces empecé a clamarle a Dios y a decirle que me diera como poder trabajar, que me diera un empleo, que empezara a hacer con mi vida algo por que si no yo no quería estar más aquí, que yo no me iba a quitar la vida por que sabía que el me la iba a cobrar después, pero que si no solucionaba esto, que entonces que el me la quitara pero que yo no quería ser más un estorbo para la gente.

Me resultó un empleo aquí en el barrio, en una microempresa, trabajábamos con la empresa de textiles ENKA de Colombia, éramos todos limitados físicos, nos empezó a ir muy bien, después de 4 años Miller recibió al mes 118.000 pesos, casi lloro. Después de tanto tiempo volví a tener plata en el bolsillo, de cuenta mía, por que me la había ganado, propia. No sabía que hacer, llegué a la casa hablando ronco: mire, vea, eso es para que hagan esto, para que hagan aquello.

Fue tesisimo, fue muy difícil al principio pero cuando ya empecé a trabajar, ya las cosas empezaron a ser más suaves porque ya pude llegar a la casa y pedir la comida sin que me diera pena porque yo estaba aportando, cuando quería ir a algún



lugar ya sabía que tenía plata en el bolsillo, o sea que ya no me importaba.

Cuando saben que vos tenés plata en el bolsillo y sos limitado físico, ya si les toca empujar la silla de ruedas, te empujan con mucho amor porque saben que quizá más adelante los van a invitar a tomar un fresco, pero así es, eso pasó.

Empezó a irme bien y gracias a Dios empezó Miller a despertarse, pronto me salí del lugar donde trabajaba porque nunca me ha gustado trabajarle a nadie, además por que siento que tengo capacidades como para trabajar de cuenta mía, entonces me resultó un negocio para trabajar en el Pasaje Junín vendiendo ambulante zapatos pumas originales, me fue muy bien, después me fui para Pereira a pasar unos días, porque me iba muy bien.

Fue muy teso, fue muy difícil, muy complicado, pero gracias a Dios Ahí voy. Ahoritica ya con cosas propias: tengo un puesto en la plaza Minorista, gracias a Dios.

Me invitaron a CON FE PAZ, dije: Que rico ir, por que me decían: " Miller usted se va a presentar como los limitados físicos que no tienen quien los represente", Yo voy, a eso voy yo, porque las mismas facilidades que tengo yo, muchos limitados físicos desafortunadamente no las tienen y por eso estoy tratando de luchar, para ver como se les puede aportar, como se les puede colaborar. La discapacidad es difícil, les cuento algo vivido: llevo un año de casado, gracias a Dios, felizmente casado, ahoritica voy para año y un mes. Que le crean a uno, usted hubiera visto que problema para convencer a mis suegros. Porque obvio, qué papá no quiere lo mejor para sus hijos? Claro, todo padre quiere lo mejor para sus hijos, entonces se acerca un negro, pobre, en una silla de ruedas y le vacila

una hija, la que ellos creen es la mejor de la casa y dice: "Ve éste, se va a llevar el tesoro de la casa, ese tipo que no tiene nada que ofrecerle", pero entonces se dan cuenta que Miller es un trabajador, que Miller quiere salir adelante, que Miller es piloso. Entonces dicen: "bueno, listo, vea, aquí no hay nada que hacer sino que si ella está convencida, hagámosla consciente a ella que Miller es un limitado físico y que eso posiblemente sea para toda la vida y allá ella si lo quiere decidir, que ellos no se iban a meter más en esto", eso lo hicieron.

Me senté con mi novia, aparecen muchos argumentos: "No, ese tipo que va a servir para la cama", por que hay muchas cosas de los limitados físicos que se hablan, mucha gente que vocifera cosas que ni siquiera las tienen claras, que solamente porque algún día han escuchado alguna historia, pero que nunca se han acercado directamente a preguntarle a un limitado físico: "Verdad que es posible esto, aquello?" Si alguien se me acerca, ahí mismo le digo: venga, le voy a contar como es, seguramente a algún limitado físico le pasó eso, pero no a todos.

Entonces alguien trató de hacerme daño con eso, tratando de decirle a la que entonces era mi novia, hoy mi esposa, gracias a Dios, diciéndole cosas, la realidad ha sido otra muy diferente, que lo diga ella.

Es muy difícil, por que la gente mira a un limitado físico por encima del hombro. O sea, la gente no sabe que posiblemente mañana es ella o alguno de la casa, Dios quiera que no. Porque una situación de esas, yo no se la deseo a nadie, pero de todas maneras no debería ser así.

Un limitado físico que tenga que luchar por subir al metro, que tenga que luchar para coger un carro, yo pienso que no debería ser así, yo pienso



que aquí en el país debiera de haber otras cosas, yo tengo una amiga en España que me dice: “Vea Miller, la salud acá es una elegancia, aquí si aguanta uno enfermarse”, me llamó mucho la atención la manera como ella lo dijo, y en este momento lo estoy recopilando para decirlo.

Es muy teso, yo pienso que de pronto un limitado físico, va al hospital y tiene que hacer una mano de musarañas para que le entreguen una cita como si el cristiano pudiera caminar: que valla a tal sitio, que valla a tal otro, no debería ser así.

En una silla de ruedas, nadie quiso estar así y muchas de las cosas que están malas en este país es por la mala administración que hemos tenido, ahoritica lo que genera más violencia, en este momento casi todos los barrios de Medellín están en conflicto y es por que la gente está buscando, unos que por vacuna, otros por un terreno, pero todos están buscando lo mismo: Plata, porque no hay, nadie está trabajando, nadie tiene trabajo, entonces por ahí se genera más violencia.

La sociedad ve la discapacidad de lejos, la ve y dice: “Ja, que tara, eso nunca me va a pasar a mí”, están muy equivocados.

La sociedad? Al principio era muy teso, Pero ahora que Miller está trabajando, Miller tiene una casa, Miller tiene un nombre en el barrio. Venga ahora sí, pero antes no era así, lo que les decía es muy teso, la sociedad piensa que eso nunca les va a pasar a ellos, que eso está muy lejos. No. Lo que decía el Capi en la reunión de la mesa, eso fue lo que más me llamó la atención: “los próximos limitados físicos de aquí a 10 años vendrían en silla de ruedas” eso me preocupó, pero créame que me preocupó, yo fui uno de los que puse el brinco allá: Pero, como así Capi? El estaba leyendo un estudio donde decía eso.

Hay que tener cosas preparadas para eso, hay que tener una institución donde el limitado físico llegue, ojalá pudiera haber un lugar – yo le decía al Capitán y a la gente que estaba en la mesa – donde el limitado físico llegara y no tuviera que hacer vueltas, un lugar donde se internara a hacer fisioterapia, porque creo mucho en la recuperación, me encantaría que alguno viera mi Historia Clínica y viera donde estaba mi lesión y que decían los médicos. En este momento me ven y: “Cómo así? Usted como está manejando de bien los ortopédicos”. Yo voy todos los miércoles a una institución a hacer fisioterapia, toca pagar por estrato pero no importa, pero entonces yo sé que hay mucha gente que no tiene esa facilidad.

Entonces hacia allá es que yo voy y quiero luchar por eso, por que hay muchos limitados físicos que no tienen como hacerlo.

En cuanto al compromiso institucional frente a la discapacidad, hay muchas instituciones pero no creo que se están metiendo por donde debiera ser, de pronto sí, pero no todas, yo pienso que la gente de universidad debiera unirse a las instituciones y aportar para eso, porque yo sé que instituciones conocidas por nosotros ayudan al limitado físico pero hay otros que no quieren meterse la mano al bolsillo y aportar, les voy a contar en breves minutos una anécdota que me pasó a mí y si hubiera en este país 100 personas como ese tipo, esto se arreglaría.

Un día cualquiera llego al barrio una persona y empezó a reunir a un grupo de señoras que tenían maquina y el dijo: “Venga, los voy a reunir” y empezó a llevarse la gente para Confenalco y empezó a enseñarles allá que era cooperativismo, un día cualquiera le pregunte: Doctor, esto va por cuenta de alguna institución o va por cuenta suya? Él me



respondió: "esto va por cuenta mía, venga yo quiero apostarles".

Para que usted se encuentre un tipo cualquiera en la calle para que le diga: Yo tengo \$20.000, venga gastémonos usted y yo, eso es muy teso. Ojalá las instituciones piensen como piensa ese tipo, yo lo llamo mi papá, para mí es un papá que apareció, apareció y aportó, y tiene mucha gente en el barrio trabajando, ojalá viniera por aquí y preguntara quien es fulano de tal? Fulano de tal es un papá para nosotros.

Por eso yo digo que si las instituciones hicieran eso que este tipo hizo, esto sería diferente, la gente pensaría en el otro y no que cada quien se quiere comer al otro, muy teso, no?

Frente al tema, en Medellín, por ejemplo el metro, imposible. Los que construyeron El Metro pensaron solamente en los engalanados de Medellín y se olvidaron que aquí hay unos cuantos que no somos engalanados, ni pinchados pero ¡Que rico montar en Metro! Vea, sabe qué? Ahoritica, ojalá se parara un gobernante por ejemplo y viera cómo sube un limitado físico al metro para que vean, si no le tienen agüero a montarse en una silla de ruedas y que le digan a los estudiantes de la Policía que lo suban para que vea como se siente: si a él le da miedo que puede reaccionar y mover los pies, que se imagine a nosotros, yo pienso que aquí en el departamento es muy difícil que haya rampas para nosotros, casi todo está diseñado para otras cosas, nunca para limitados físicos.

Como propuestas pienso que lo mejor que hay que hacer, es que la gente se una, que empiece a dolerle de alguna manera o de otra el que está en una silla de ruedas, que sigue siendo un Colombiano, país donde nació, donde se crió, donde está viviendo, entonces que se

toquen también y digan: "Vamos a aportar", es que yo creo que en este momento estamos enfrascados en un solo tema: la guerra, estamos olvidando todo el resto y están olvidando otras cosas que son muy importantes acá también y que lo que estamos viviendo allá sino arreglan acá también se va a vivir acá. Podríamos hablar de barrios donde ya se habla de conflictos, pero conflictos muy tesos, caso Belencito Corazón donde la gente tubo que salir con trapos blancos, porque el gobierno está muy metido por allá en el monte y se les está olvidando el problema de acá, ahí está el problema.

Cuando las cosas se ponen duras para el campesino, ellos corren para la ciudad, huyendo de la violencia. Y no se les ha dado ninguna solución, obvio que se tienen que venir para la ciudad.

Entonces que solucionen aquí y allá, que solucionen en ambas partes para que vean que no va a ser tan duro; si las instituciones, el gobierno, si la gente se unta, si todos se ponen la misma camiseta, se montan al mismo tren y dicen: Bueno es el país y vamos a cambiarlo poco a poco como nos valla dando y la gente deje de pensar tanto para su bolsillo y aporten y no se roben lo que es del pueblo. Esto con la ayuda de Dios tiene que funcionar.

6.1.2 Testimonio de Omar Sáenz (Reinsertado de la guerrilla)

Me fui para el monte por obligación porque mi vida la vi amenazada. Por azar unos amigos robaron unas armas y a mi también me involucraron, corrí por mi vida.

Recibí toda la instrucción militar, me sentí muy bien en la vida de campamento; también me capacitaron en lo político, ya que era muy



importante dentro de la organización el manejo de la política como de lo militar, así me dieron poder de combatiente, donde llegaba siempre era bien recibido.

Fui al combate, era duro, vi caer compañeros, como también caían enemigos, vi juicios revolucionarios y ajusticiamientos, vi el dolor que deja la guerra, como también conocí muchas gentes que añoraban un cambio social en todo sentido.

Lo cierto de todo esto es que la guerra no tiene sentido, para nada beneficia a los más pobres, sólo crea dolor y desconcierto, los que más sufren son los niños, los niños que más tarde serán los guerreros del mañana en un país muy rico.

Debemos cambiar y desarmar los espíritus por medio de un diálogo franco, sincero y sin rencores, donde prime la honestidad.

La palabra "reinserción", para mí ha significado libertad, nueva vida, oportunidad de cambiar, como también peligro de muerte por parte de los enemigos de la paz y la vida.

Cuando me reinserte trate de salir adelante con dos millones de pesos producto de la paz negociada; monté una tienda, como la gran mayoría de reinsertados creí que así saldría adelante, pero no resulto mi proyecto por falta de experiencia como también por falta de capital, trate de refinanciarlo pero me pidieron fiadores los cuales yo no tenía, lo único que me quedaba era buscar empleo y me coloqué de albañil, hubo empleo hasta que nuestro país entro en crisis y me toco formar parte de aquellos que viven de la economía del rebusque.

No ha sido fácil, pero no imposible estar en paz conmigo mismo, he recibido ofertas de ambos lados para formar parte de la guerra,

he tenido la tentación de irme ya que tengo una hija que debo sacar adelante, que necesita alimento y ropa como también formación para el mañana; pero aunque tengo necesidad prefiero estar acá en paz a estar nuevamente perseguido; por eso cada día para mí es un reto muy grande y aquí estoy dispuesto a luchar por la vida y la paz para nuestro país.

Mi reinserción fue un poco complicada ya que por el conflicto, un día recibimos una orden, teníamos que conseguir armas largas y solucionar problemas en un área nuestra. Seguimos la marcha, tuvimos enfrentamientos y en uno de ellos quede herido en mis miembros inferiores, fui capturado y me convertí en preso político sindicado de rebelión, fui condenado a 17 años de prisión sin rebaja de pena, de los cuales pague 6 años físicos, hoy hace diez años recupere mi libertad y aunque no tengo empleo estoy feliz, pues sigo con vida a Dios gracias y la guerra para nada me importa, aunque no me siento bien rememorando estas cosas.

6.1.3 Testimonio de Ronald Zapata (Reinsertado de las milicias urbanas)

Soy reinsertado, ingrese a las milicias en 1989. En 1993 fui víctima de un atentado, eso sucedió a las 7:05 de la noche, tuve una sola herida de bala a nivel P 12, la cual me dejo paralítico; después estuve haciendo un tratamiento pero no pude terminar de recuperarme porque no tenía los medios económicos para hacerlo ya que se nos venció el seguro; vendí un negocio que tenía, no pude terminar con mis terapias, pero llegue hasta el estado de medio poder pararme en el caminador y medio manejar las muletas, pero desafortunadamente no tuve la ayuda de ninguna institución en el momento, que pudiera subsidiar la fisioterapia o el transporte, que



para nosotros es algo de lo más costoso que hemos tenido.

El estado psicológico en el cual quedé en el momento en que sufrí mi lesión fue algo muy duro de superar ya que yo era una persona muy activa y desafortunadamente tenía que entender que no podía seguir con algunas de mis funciones y que mi realidad era otra y que desde ahora toda mi vida iba a ser totalmente diferente.

Traté de buscar ayuda laboral o educativa para poder tener forma de distraerme y en el momento no tuve la oportunidad, me sumergí en un principio en un estado de depresión, no podía dormir, comer o hablar con alguien, tuve una atrofia muscular que no me permitía estirar las piernas ni las caderas porque estaba encogido, no tenía la opción de sentarme por la sensibilidad en las piernas porque el dolor y la forma como me miraba la gente me hacían llorar. En especial la forma como me miraba la gente me afectaba mucho, aunque algunas personas no lo hacían por mal o por ignorancia, pero era algo que me dolía a pesar del tiempo que había pasado.

Dios me dio una oportunidad y empecé a hacer mi fisioterapia, gracias a mi Dios tuve una oportunidad más que me ha servido y he podido recuperar en algunas partes la sensibilidad de mis piernas y puedo moverme mejor. He contado con muy buen apoyo de mi familia ya que ellos han estado constantemente conmigo, ayudándome y acompañándome en las reuniones y para integrarme a nivel social, porque era muy difícil empezar a mirar la vida desde una silla de ruedas, pues es algo que ha sido demasiado duro, y gracias a mi Dios siempre he contado con el apoyo de mi familia y de algunos de mis amigos.

A nivel social mi vida ha sido difícil ya que he querido tener la oportunidad de ayudar a otros

discapacitados porque soy una realidad que ellos también tienen y de pronto ahorita creo que puedo aportar mucho, como instruirnos a nivel social y cultural en una sociedad que discrimina mucho a las personas con discapacidad, a nivel laboral, educativo y externo en general; que entiendan que la discapacidad no es un problema de uno sólo. Tenemos que entender que en algún momento la discapacidad nos va a afectar y que todos tenemos algún tipo de discapacidad diferente, no necesariamente tiene que ser una discapacidad física. Por eso tienen que aprender a no mirar a las personas con discapacidad como si hubieran hecho algo malo o como si fueran diferentes. NO. Nadie está exento de sufrir algún tipo de discapacidad así sea hereditaria, por herida de bala o por conflicto armado y violencia, tenemos que ver que estamos en un país que de cierta forma y desafortunadamente es muy violento, pero que hay personas que son valiosas, que tienen cosas muy grandes que aportar. Debemos ver que las personas tienen capacidades y no discapacidades; miremos desde ese punto de vista y nos daremos cuenta que tanto nosotros aprendemos de ellos como ellos de nosotros.

Hay oportunidades laborales, leyes y formas educativas, ayúdenme, hagamos una sociedad o lugares de encuentro donde podamos interactuar nosotros como discapacitados y contarles experiencias diferentes y no sólo de un tipo de discapacidad; todos tenemos experiencias diferentes que podemos aportar en un momento dado, hagamos un lugar de encuentro donde nosotros los discapacitados y ustedes contemos cosas, hagamos unos campamentos, mirémonos como personas y no como cosas raras.

Mi discapacidad no es algo que sea diferente a la discapacidad de cualquier otro,



simplemente es difícil cuando te quieres integrar a una sociedad y sientes el rechazo de la gente, como si uno fuera algo raro por el hecho de estar en una silla de ruedas, y por ese hecho entonces ya uno no cuenta como persona.

Yo sé que estoy en una silla de ruedas pero considero que tengo cualidades, capacidades y me siento capaz de desempeñarme en un cargo laboral en el que la sociedad estuviera dispuesta a darme una oportunidad.

Hay muchas partes de nuestra ciudad en donde no hay rampas para tener acceso a los edificios, somos una población grande en el país y tenemos que ver que el problema es de todos y que yo como persona, como ser humano tengo igual derecho al que tienen ustedes porque también soy un Colombiano, soy una persona que tiene valores. Tenemos que dejar de estigmatizar a la persona como discapacitada y mirar qué le puede dar ese discapacitado a una sociedad, cómo se puede mejorar a las instituciones que trabajan con discapacitados a nivel nacional, privado y a las instituciones gubernamentales, las fundaciones y las corporaciones. Por qué no tratar de entender a un discapacitado cuando sufre, entender cuanto a sufrido y mirar las cosas desde un punto de vista diferente. Ustedes pueden estar preparados laboralmente, pueden tener una hoja de vida intachable, pueden tener una carrera, pero es que no han pensado que si tienen una discapacidad les dicen No, más o menos me imagino que entienden como es estar hay en una silla de ruedas, pero una cosa es decirlo y otra es vivirlo, sentir los calambres, los dolores de la columna, como las escaras que nos dan por las molestias, son cosas diferentes, la discapacidad vivirla en si es muy difícil, se trata de aprender y de mejorar tanto en la vida afectiva, social, laboral y familiar.

El estado tiene oficina de discapacidad, oficina de bienestar social. Son instituciones que están para ayudarle al discapacitado, pero yo creo que ayudarle al discapacitado es ayudarle en lo económico porque esto influye mucho, ayudarle cómo tener acceso a la educación, cómo tener acceso a la información que nos ofrece el estado, informarle cuales son las opciones que nosotros tenemos como discapacitados en una sociedad que discrimina a los discapacitados, como si nosotros fuéramos algo raro, somos parte de una sociedad, somos seres humanos y tenemos derechos y deberes.

La oficina de discapacidad, el programa que ellos ofrecieron era hacer una evaluación de tu casa y mirar cuáles son tus necesidades. Mis necesidades en el momento, eran una silla de ruedas, tener acceso a una fisioterapia ya que económicamente no tenía los recursos para poderme costear los tratamientos y poder tener un ingreso económico o una capacitación en el área laboral, con actividades o capacitaciones y el no rechazo de la gente.

6.1.4 Testimonio de Anderson Eliécer Machado (Ex soldado del Ejército Nacional)

Lo mío fue en el 99, nosotros tuvimos un combate con la guerrilla, en el lugar del combate habían unas minas, yo pise una de ellas y me destrozó el pie en la parte de adelante, hubo problemas para sacarme de ahí y me subieron a un cerro mientras llegaban, yo ya estaba asegurado, pero los demás estaban dando plomo, luego vinieron por mi y me sacaron, me llevaron al batallón y me hicieron primeros auxilios, esto fue en el Urabá Antioqueño, luego me llevaron al aeropuerto y me trajeron a Medellín y aquí me operaron.



De ahí en adelante vivo con mi familia, con otro hermanito y vamos bien, me relaciono bien con las personas, salgo y me comunico. Mi vida ha seguido igual, normal, veo televisión, salgo con las amigas y los amigos y si uno quiere capacitarse para eso esta el SENA, en el momento estoy estudiando mecánica automotriz, ya pase el primer nivel de teoría y ya estoy en mecánica de patios, esto lo empecé enseguida de lo que paso en Urabá.

La atención en el hospital militar es buena, prestan todos los servicios bien, sanidad, ortopedia, terapias psicológicas, hacen junta médica para saber si todo va bien y si no, lo dejan halla en sanidad.

Me ha faltado un poco más de atención medica ortopédica y rapidez a nivel de rehabilitación, si hacen bien la ortopedia del pie lo pasan a uno a la IV Brigada para ver que todo vaya bien.

Me gustaría que mejorara la atención medica con la droga, ojalá y le dieran vitaminas a uno o la formula para uno comprarlas en otra parte.

6.1.5 Testimonio de Jorge Isaac (Ex soldado del Ejército Nacional)

Desafortunadamente el motivo de mi discapacidad fue por un accidente en el desplazamiento después de un combate, el conductor se fue contra un barranco, el lateral me cogió el tórax y debido ha eso perdí el riñón derecho, perdí mi pie por desarticulación de rodilla derecha, tuve fractura de pelvis, deformación de cadera derecha y cuatro puntos en la ceja derecha.

Veníamos de un combate y no me paso nada en combate, pero quede con discapacidad del 78.84%.

Después del accidente ha sido muy duro, como soy yo, no reconocí y me deprimí, me refugie en malas amistades, en el licor y hasta el vicio lo probé, no escuchaba nada. Como tenia buena piernas jugaba fútbol, me dio muy duro, pero con el transcurrir del tiempo mi hermana me apoyo y me dijo "que mi señor Jehová me tenia para grandes cosas", si no hubiera sido por ella en este momento hubiera seguido en la droga, en el alcoholismo y de pronto no estuviera aquí contando las historia.

En las fuerzas militares hemos tenido muy poco apoyo, no se trata sólo de que nos consignent una plata mensualmente sino que también tenemos derecho a trabajar y demostrarle a mí familia, a mis amigos que podemos mantenemos y mantenerlos.

El 5 de julio de este año allá en San Diego, en el Foro, vieron que yo podía sacar adelante a mí familia por el arte del calzado, demostrando que somos útiles, entonces no es que nosotros estemos mal sino que la sociedad nos limita.

La sociedad ve al discapacitado como una persona que ya no puede ser útil y es lo contrario porque nosotros somos útiles a la sociedad y así lo demuestro trabajando con mi hermana, haciendo zapatos para mantener a mi familia e hijos.

Podemos aportar muchas cosas, siempre y cuando tengamos el apoyo de una entidad.

6.1.6 Testimonio de Janeth Alvarez Jaramillo (Civil)

Tengo 26 Años, soy estudiante de IV Semestre de Psicología en la Universidad de Antioquia; también soy asesora de Servicio al Cliente en el Periódico El Colombiano y Secretaria del Club Deportivo Las Paisas.



Hace 3 años y medio, fui víctima del conflicto que vivimos en Medellín, me desplazaba en una moto para la universidad y el trabajo; entré a un almacén a comprar algo, cuando salí y me monte a la moto paró otra moto detrás de mí, hablaron pero yo no escuché lo que dijeron, además no pensé que fuera conmigo y prendí la moto para irme, entonces fue cuando me dispararon varias veces, una de las balas quedó en la médula espinal produciéndome paraplejia de miembros inferiores.

En un primer momento, independiente de saber como iba a quedar, incluso cuando estaba tirada en el suelo le pedí otra oportunidad a Dios y creo que fueron esas ganas de seguir viviendo las que me ayudaron a recibir la noticia de que no iba a volver a caminar con mucha tranquilidad.

A nivel familiar fue un golpe duro, yo era un gran soporte para mi familia y a lo mejor pensaron que ya no lo iba a ser; las personas nunca están preparadas para enfrentar una discapacidad ya sea propia, de algún pariente, amigo o conocido; incluso era yo la que les daba ánimo porque empecé a ver la vida como realmente era, sin complicaciones, porque es uno el que se la complica. Entonces esos días en la clínica fueron una gran oportunidad para compartir más, conocernos, hablar y algunas veces llorar pero de alegría por ese nuevo renacer. El apoyo de la familia es fundamental, pero ellos también necesitan prepararse, aprender y adaptarse; porque el discapacitado no es sólo uno, sino que ellos también tienen que enfrentarse a cosas muy duras.

La sociedad está menos preparada que la familia para afrontar la discapacidad, tanto es así que uno sale a la calle y se encuentra con una ciudad totalmente agresiva, con una cantidad de barreras arquitectónicas y a veces humanas; puesto que se mira al discapacitado

con cierto rechazo, temor o lástima; aunque es de reconocer que a raíz de las diferentes campañas y eventos que se han realizado en torno a la discapacidad, se ha logrado sensibilizar a la población y ya están mucho más dispuestos a colaborar para subir una) escala o pasar una calle; aunque considero que falta mucha preparación también para la sociedad.

A nivel institucional tuve la oportunidad de ir un par de veces a Amigos de los Limitados por recomendación de un vecino, de manera muy general conocí los programas que manejaban pero nunca estuve vinculada a ellos, de igual forma conocí el programa de Rehabilitación que maneja la Universidad de Antioquia, pero tampoco me vinculé. Un allegado a mi familia me brindó la oportunidad de tener unas terapias particulares y fue tanto el avance que no "necesité estar en una institución", aunque más adelante sentí la necesidad de estar en contacto con más discapacitados, porque la experiencia de ellos es de gran ayuda para un proceso de rehabilitación, debido a que ya tienen más práctica y de esta forma se logra adquirir mayor independencia. Más adelante conocí el Club MEDESIR (ya no existe) y ellos tuvieron la inquietud de conformar un equipo femenino, en ese entonces se logró formar un equipo de ocho mujeres que participamos en la Primera Parada de Baloncesto en Silla de Ruedas Ciudad Medellín; en vista que en Antioquia y en Colombia existen más Clubes femeninos, tomamos la decisión de independizarnos y conformar nuestro propio Club: Club Deportivo las Paisas, el cual consta de quince mujeres con diferentes discapacidades físicas: lesión medular, amputación y poliomielitis. Hemos venido trabajando a nivel deportivo: baloncesto, tenis de mesa, atletismo, natación, canotaje y gimnasio. De igual forma le hemos querido dar a nuestro club una proyección



social donde se integre a la mujer discapacitada a los diferentes programas y proyectos que tenemos; uno de ellos es sobre "Prevención en Violencia", el cual está orientado a los diferentes colegios e instituciones de Medellín, donde se brinde la oportunidad a los jóvenes de vivir de cerca la discapacidad sin necesidad de padecerla, explicando las consecuencias que tiene empuñar un arma y el daño tan grande que se hace no sólo a una persona, sino a su entorno; esto basado en investigaciones y estadísticas, en jornadas de sensibilización, demostraciones deportivas, testimonios y conferencias entre otras. También se ha pensado en la posibilidad de formar una microempresa, donde las discapacitadas y sus grupos familiares tengan la posibilidad de trabajar para su sostenimiento, ya sea a través de trabajos manuales o conformando grupos para visitar las empresas y a cambio de publicidad, también logremos obtener algún recurso para el Club; puesto que una de las grandes dificultades para ir a entrenar o reunimos, ha sido esa parte económica, puesto que si bien 2 ó 3 niñas contamos con un empleo, las demás dependen de sus familias.

Considero que para mejorar la calidad de vida de los discapacitados y su entorno es necesario

Es de gran importancia el acompañamiento y la preparación a las familias; puesto que para ellas es algo nuevo, desconocido, doloroso y difícil de asumir; además porque la mayoría de las veces hacen que el discapacitado se vuelva "inútil" por querer hacerle todo y no permitirle que exploren, intenten, se equivoquen y quieran lograr su independencia.

Considero que hacen falta muchas jornadas de sensibilización, donde se le permita a la sociedad una participación activa con esta

realidad que cada vez toca a más personas, familias y amigos. Muchas veces las personas quieren ayudar, pero no saben cómo y aunque uno les explique es sólo un contacto de 1 ó 2 minutos; mientras que con pequeños programas de capacitación que podemos hacer nosotros mismos, se puede lograr que ellos adquieran más sensibilidad, conocimiento, técnica y manejo de una persona en silla de ruedas o con muletas. Esto puede ser de gran ayuda para acceder al metro, pasar una calle, subir una escala, montarse a un taxi y desarmar o armar una silla de ruedas.

En la medida que las instituciones trabajen en pro de la discapacidad y su entorno y sus proyectos estén orientados a esta misma, no debe importar si se llama X o Y la institución, lo importante es que el discapacitado va a encontrar en cualquiera de ellas unas alternativas claras e importantes para su proceso de rehabilitación. Incluso a veces la rivalidad que se ve en algunas de las instituciones hace que uno pierda credibilidad y se aleje de ellas.

Desafortunadamente el nivel educativo de los discapacitados es muy bajo y las oportunidades que se tienen para acceder a la educación son pocas. Me parece urgente que se abran programas educativos, donde el discapacitado sea una prioridad y allí puedan terminar su primaria, bachillerato, hacer una tecnología y porque no una carrera. Lo considero prioridad porque la educación trae consigo una cantidad de beneficios, no sólo a nivel intelectual sino que cualifica a la persona, la hace sentir más segura, su nivel de autoestima se eleva, se siente útil y preparado para enfrentar un reto en la parte laboral. Que rico que un día no muy lejano, los discapacitados también podamos ocupar puestos importantes en las empresas, y no se nos vea siempre en un semáforo pidiendo



102

limosna, vendiendo confites o chance, que aunque es un trabajo digno y respetable, con la educación se puede mejorar en gran parte esta falencia. Además, la educación es un factor fundamental en la prevención de drogadicción (Que también se ve mucho en la discapacidad), en violencia (por los resentimientos que puedan quedar), y otras consecuencias que dañan la imagen del discapacitado como pertenecer a bandas.

Es entonces un llamado al gobierno que vuelva sus ojos a la discapacidad y lo mire como una posibilidad para solucionar en parte el conflicto, debido a que "Es mejor prevenir que curar" y así como se ha pensado en cobrar un impuesto de un 2% para comprar más armas para la guerra, se piense en una alternativa para cosas más positivas como educación, salud y deporte.

Lo laboral soluciona en alguna medida la parte económica, pero la satisfacción personal que brinda al discapacitado es increíble; hace que se sienta útil, que utilice su potencial, habilidades e inteligencia; además su círculo social se abre y se encuentran más alternativas para aprender, compartir y dejar una buena imagen de la discapacidad. Pero esto no puede desligarse de una buena educación, por eso es de gran importancia programas orientados a la educación para el empleo.

A diferencia de países desarrollados, en Colombia hay poco apoyo al deporte y más aún al deporte en discapacitados; sin embargo existen muchos deportistas de alto rendimiento y otros que están comenzando, que por sí solos han querido salir adelante y entrenan con sus propios recursos; la idea es que a través de las diferentes instituciones se realicen programas de apoyo y no se desperdicie este gran potencial que en gran medida también hacen mucho por dejar en alto la discapacidad.

Finalmente a CON FE PAZ, les envió en nombre del Club Deportivo Las Paisas, nuestras más sinceras felicitaciones por el Foro que realizaron, el cual se caracterizó por una excelente organización, muy buena convocatoria y los grandes aportes que nos hicieron a través de esos mensajes tan enriquecedores que allí pudimos encontrar; de igual forma les enviamos los mejores deseos, para que su sede acá en Medellín, tenga tanto éxito como en Bogotá y nos ponemos a su entera disposición para ayudarles, participar y seguir compartiendo con ustedes lo que por accidente nos une pero en esencia nos hace más humanos "La Discapacidad".

6.2 Intervenciones de instituciones

6.2.1 Intervención de Jorge Ramírez, discapacitado por guerra, representante de la Fundación Re-habilitando

El escalonamiento y la degradación del conflicto armado en nuestro país hacen difícil, por no decir que imposible, reivindicar la exclusión del mismo. Una cosa es tomar distancia de los actores armados y otra, hacer parte del conflicto y desde allí tomar una posición a favor de la paz.

El 13.6% de la población de Antioquia (731.387 personas) presenta algún tipo de discapacidad. Se estima que actualmente, en Medellín, existen 12.500 discapacitados y no se tienen datos sobre personas con discapacidad por guerra.

En la última década la preocupación por temas poblacionales, como la niñez, la juventud y la discapacidad entre otras, ha estado a la orden del día. Sin embargo, en el tema particular de los discapacitados, hemos sido observados, protagonizados e interpretados, en relación con el conflicto armado, más desde la condición de



victimarios y de partícipes de grupos armados, que desde el contexto de nosotros mismos como personas o víctimas y con ello los efectos y las implicaciones de ser estigmatizados como actores del conflicto armado.

Explorar esa otra dimensión, permite potencializar la reivindicación de los discapacitados como sujetos de derechos, pero también como actores y constructores de iniciativas humanitarias y de paz.

Atendiendo estos requerimientos es que se hace urgente y necesario comenzar a indagar de manera sistemática frente a este tema y definir unas estrategias de acción a corto plazo como la implementación de una política clara de atención a la población discapacitada.

En Colombia existen tres escenarios de confrontación que generan día a día un aumento en la población discapacitada por violencia.

El primero, es el conflicto político armado. Este se refiere fundamentalmente a la llamada violencia política, la cual se lleva a cabo por grupos insurgentes (FARC; ELN; EPL y grupos locales) que combaten contra el Estado y que cuentan con una estructura organizacional de alto nivel. Es el conflicto histórico del país, más de 40 años de confrontación.

El segundo es el conflicto urbano. Los actores principales son las bandas delincuenciales, dedicadas a la obtención de dinero (robo, secuestros, negocios de drogas, control de pequeños territorios). Se caracterizan por tener estructuras inorgánicas, disueltas y anárquicas. Aunque se dan jerarquías y en algunos casos alcanzan hasta 200 miembros, los controles y la disciplina de grupo son débiles. Estos

actores son los que aportan los mayores índices de criminalidad y homicidios.

El tercero es el paramilitarismo. Emerge con fuerza a mediados de los ochenta y se caracteriza por ser un fenómeno rural que comienza a intervenir con fuerza en las ciudades, con una participación amplia de jóvenes; realizan acciones de control social y limpieza, presionan las bandas para obtener sus servicios y propugnan por alcanzar estatus político.

En general los analistas coinciden en señalar que el conflicto armado en Colombia se ha profundizado y degradado, generando cada día más desplazamientos, muertos y un vertiginoso aumento de la población discapacitada por guerra.

Respecto a la situación sociopolítica de los discapacitados por guerra, observamos que a mediados de los noventa, pasamos de ser llamados una minoría estigmatizada a reconocernos como población discapacitada.

Es a partir de ese momento que comenzamos a participar en diferentes espacios y a ser protagonistas de una realidad que puede llegar a vivir cualquiera, pues la discapacidad no discrimina clases sociales o grupos poblacionales.

En materia de leyes, la población discapacitada no se queda atrás en comparación con otros países en vía de desarrollo. Contamos a nivel nacional con un conjunto de leyes y decretos reglamentarios que crean mecanismos de atención a nuestra población; a nivel regional también contamos con un conjunto de ordenanzas y acuerdos municipales. La propuesta es que en adelante no se cree más legislación, sino que utilicemos los mecanismos de participación ciudadana y hagamos cumplir dichas leyes y decretos.



Los medios de comunicación han jugado un papel importante en la sensibilización de la sociedad, insistiendo cada día en el respeto por la diferencia. En la parte de amoblamiento urbano, la ciudad ha avanzado, aunque todavía quedan muchas barreras arquitectónicas. En materia de transporte todavía no se cuenta con políticas claras, lo cual dificulta mucho el proceso de reinserción a la vida cotidiana.

El tema de la política pública de atención a la población discapacitada es el más complejo de todos, si nos detenemos a observar los modelos globales de atención a cualquier población, encontramos que ésta debe ser una política clara y no debe ser construida por unos pocos; éste es un proceso de investigación en el que debemos participar todos los actores sociales: Estado, poblaciones discapacitadas, mujeres, jóvenes, internos, actores del conflicto y líderes entre otros.

6.2.2 Intervención de Luis Guillermo Pardo Cardona, Delegado para Antioquia y Choco, de la Dirección General para la Reinserción del Ministerio del Interior

Unas inmensas felicitaciones a Alberto, al Capi Oscar, extensas a todos los y las discapacitados de guerra, al igual que a todo el grupo técnico de CON FE PAZ, y a todos los apoyos gubernamentales y privados para que este evento fuera posible y se convirtiera en un sueño realizado.

Realizar este foro en las condiciones tan precarias de la patria, es de por sí, un hecho trascendental, en un tema tan sensible como es el de los discapacitados de guerra; de una guerra que se prolonga y que cada día se hace más despiadada, más degradada y con unos efectos de devastación aterradores, en medio de una creciente exclusión y pobreza y de unos niveles de corrupción y clientela nunca antes vistos.

Es importante reconocer, que sólo en 1993, las naciones Unidas elaboran "Las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad", en las cuales se estructuran los principios de "responsabilidad, acción y cooperación", como mandato para todos los Estados miembros, en una búsqueda de una buena calidad de vida, la plena participación y la igualdad para todos los discapacitados.

Son pues, estas normas internacionales, un claro mandato para todos los países, y es obvio que Colombia debe cumplir, a cabalidad, este mandato y, desde esta perspectiva, CON FE PAZ, es un instrumento útil, para que los discapacitados de guerra de Colombia, tengan acceso a las diferentes ofertas que realiza el gobierno nacional o los gobiernos locales.

Colombia, en verdad, desde 1981, a través del decreto 2358, creó el Sistema Nacional de rehabilitación. Posteriormente, se presentan otros desarrollos acerca de reeducación, readaptación y reubicación laboral, consignados en la Ley 50 de 1988.

Pero es la Constitución surgida de los Acuerdos de Paz, la de 1991, la que valora en toda su dimensión el tema de la discapacidad, e instaura por primera vez en la historia del país, una normalización integral sobre el tema de la discapacidad; establece la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos y normatiza en forma especial la protección de los derechos de las personas que se encuentran en una situación de mayor debilidad. El artículo 13, establece que todas las personas nacen libres y gozan de igualdad ante la ley, y es obligación del estado, promover condiciones favorables para los grupos discriminados o marginados.



Los artículos 47, 54 y 68 dimensionan de una manera integral, la atención a los discapacitados, entendidos como un grupo especial, y potencian la integración de éstos, a toda la vida social, política y comunitaria, garantizando el acceso a la educación y a la salud, entre otros.

Con base en la Constitución de 1991, se estructuró la Ley 361 de 1997, que creó las bases para “la normalización social plena y la total integración de las personas discapacitadas”, guía y fundamento legislativo para que, entidades como CON FE PAZ, al igual que CORPOGUAYACAN, desarrollen y fundamenten su humanitaria y solidaria actividad.

Desde la Dirección General para la Reinserción, a pesar de que los Acuerdos de Paz no especificaron el asunto de la discapacidad por guerra, si ha existido un decidido apoyo a los discapacitados, tanto individual como a través de CORPOGUAYACAN. Y en verdad, que auguramos un futuro promisorio para ambas, las cuales, además, pueden seguir contando con nuestro apoyo y reconocimiento fraterno y solidario.

Sólo me resta, apreciados Alberto, Oscar y demás miembros de CON FE PAZ, que por el bien de la patria, persistan en su humana y bella labor. Seguir creciendo en la búsqueda de una mejor calidad de vida para los y las discapacitados y que mantengan la fe del carbonero, legado de nuestros abuelos antioqueños.

Gracias y abrazos.

6.3 Relatorías de las comisiones

6.3.1. Rehabilitación de la discapacidad física causada por la guerra

El gobierno nacional y departamental están obligados a definir e implementar una política pública de atención a la población con discapacidad por guerra, la cual debe ser concertada con dicha población, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Para desarrollar un proceso de rehabilitación física exitoso, las entidades públicas y privadas que trabajan con personas con discapacidad por guerra deben aunar esfuerzos para implementar de manera coordinada y eficiente políticas y programas comunes.
- La rehabilitación física debe formar parte de un proceso de rehabilitación integral, garantizando accesibilidad a servicios de salud de buena calidad y medicamentos no genéricos.
- En el proceso de rehabilitación se debe dar una interacción democrática entre profesionales y personas con discapacidad por guerra, sin imposiciones académicas o institucionales.
- Dar protagonismo en la toma de decisiones a las personas con discapacidad por guerra, teniendo en cuenta su cultura, género y experiencias sociales.
- Es necesario garantizar la vinculación de las personas con discapacidad al Sistema de Seguridad Social.
- Tomar medidas para eliminar obstáculos urbanísticos que dificultan el



desplazamiento de las personas con discapacidad, adecuando ergonómicamente el entorno urbano y facilitando el transporte para garantizar la reinserción a la vida cotidiana.

6.3.2 Trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra

El trastorno dominante, asociado a la discapacidad por guerra en Antioquia es el Trastorno de Estrés Postraumático.

Existen deficiencias institucionales para prevenir y atender el Trastorno de Estrés Postraumático y otros trastornos psicológicos asociados como la depresión, la ansiedad y el consumo de bebidas alcohólicas.

Se requiere producir material escrito y audiovisual sobre el TPET, para ser difundido públicamente con el fin de crear conciencia ciudadanía sobre las consecuencias psicológicas de la guerra y la necesidad de prevenir la discapacidad por guerra.

Es responsabilidad del Estado definir políticas y asignar recursos para prevenir y atender el TPET.

El tratamiento del TPET es integral e involucra tratamientos psicoterapéuticos, psicofarmacológicos y terapias alternativas.

El tratamiento del TPET forma parte de la rehabilitación integral de las personas con discapacidad por guerra.

6.3.3 Generación de empleo

La generación de ingresos es considerada una temática prioritaria por las personas con

discapacidad por guerra, pues de ella depende, en buena medida, su integración a la sociedad y la salida a la situación de depresión psicológica que los afecta de manera significativa.

El discapacitado por guerra tiene teóricamente la posibilidad de acceder a un sinnúmero de empleos públicos y privados y/ o de generar sus ingresos de manera autónoma, mediante el ejercicio de un oficio o el desarrollo de iniciativas empresariales. La posibilidad de hacer efectivas estas opciones depende, no sólo de la situación económica general, sino también, en buena parte, del grado de receptividad social hacia el grupo de los discapacitados por guerra, del cuadro legal a disposición por parte del Estado y de la capacidad de los mismos individuos de hacer propias dichas opciones.

El discapacitado por guerra, en general joven, posee en algunos casos habilidades y oficios que pueden continuar o utilizar posteriormente al evento de la discapacidad. Por ejemplo, habilidades manuales factibles de realizarse en silla de ruedas. En otros casos, las habilidades y oficios adquiridos con anterioridad al evento de la discapacidad física, no pueden ser utilizados sucesivamente, por lo cual el individuo requiere de nueva formación técnica, adecuada a su nueva situación física. El abandono o interrupción, en muchos casos, de los estudios en el sistema de educación formal (por ejemplo bachillerato), es considerado una importante desventaja para competir en el mercado del trabajo. Así mismo, la común subestimación por parte del discapacitado de su talento, conocimientos y habilidades, como también, a menudo, el desconocimiento de valores como la responsabilidad individual en el trabajo, fueron señalados en estrecha relación con la posibilidad efectiva del discapacitado



de abrirse y conservar espacios de integración socioeconómica, evidenciando la importancia del acompañamiento psicológico del discapacitado por guerra en su proceso educativo, técnico y administrativo y de reinserción laboral en la sociedad.

Con relación a esta compleja temática, fueron evidenciados los siguientes problemas específicos:

- Una actitud de rechazo y exclusión social del discapacitado en general, del discapacitado por guerra en particular y, dentro de este grupo, en especial de los ex guerrilleros reinsertados.
- Un marco legal inadecuado. En particular se señaló la ausencia de una ley de reserva (como la regula el porcentaje de mujeres en campo laboral) para los discapacitados físicos que están en condiciones de participar en la vía laboral.
- Insuficiencia financiera: la mayor parte de los discapacitados de guerra se encuentran en una situación de precariedad económica que les limita ulteriormente sus posibilidades de iniciativa económica.
- Inaccessibilidad a créditos para la adquisición de equipos básicos de trabajo. Los discapacitados por guerra no llenan los requisitos de garantía necesarios para la adquisición de préstamos bancarios y en su mayoría ignoran las posibilidades existentes en este campo.
- Educación formal insuficiente.
- Capacitación técnica y empresarial insuficientes.

- Insuficiente acompañamiento psicológico.
- Ausencia de unión y organización entre discapacitados en general y discapacitados por guerra en particular.

Propuestas:

- La reinserción laboral de los discapacitados por guerra pasa por una rehabilitación integral de los individuos, al fin de capacitarlos no sólo técnicamente sino de recuperar en ellos seguridad en sí mismos, valores éticos, talentos y amor por el trabajo.
- Promover la organización de los discapacitados por guerra con el fin de hacer efectiva una socialización de sus experiencias, sensibilizando la opinión pública e informando a los empresarios acerca de las potencialidades de los discapacitados. Racionalizar los recursos de acuerdo a las posibilidades de trabajo disponibles; crear grupos de presión para mejorar las condiciones legales y jurídicas que rigen la discapacidad por guerra; vigilar la correcta utilización de recursos disponibles por parte del Estado.
- Convocar a la empresa privada y organizaciones gubernamentales y sociales para determinar estrategias e iniciativas concretas de apoyo a la reinserción laboral de los discapacitados por guerra.
- Elaborar propuestas y coordinar esfuerzos para la canalización de fondos nacionales e internacionales dirigidos a la reinserción económica de los discapacitados por guerra.



Capítulo 7

Parámetros para una propuesta de intervención

7.1 Sistema de información sobre discapacidad por guerra

En Colombia, la necesidad de recolectar información sistematizada y objetiva sobre la discapacidad por guerra sigue vigente, pues existe un subregistro de datos sobre este problema. La importancia de la información radica en que es la base de otras acciones para establecer prioridades, asignar recursos y conseguir apoyo internacional. En esencia, sin un diagnóstico es imposible conocer la dimensión del problema.

Ante la carencia de información objetiva y sistematizada es necesario crear y poner en funcionamiento un sistema de información soportado en estadísticas sobre discapacidad por guerra de acuerdo a periodos de tiempo y regiones del país.

Los reportes contendrán información estadística y geográfica sobre las personas con discapacidad por guerra, de acuerdo a periodos de tiempo y regiones del país y contendrá los siguientes campos:

- Información sociodemográfica de las personas con discapacidad por guerra: edad, sexo, escolaridad, trabajo actual y lugar de residencia.

- Características de las lesiones: agente de la lesión, parte del cuerpo afectada y naturaleza de la lesión.
- Trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra: cognoscitivos, emocionales, psicosomáticos, psicosociales.
- Grado y tipo de discapacidad
- Tipo de rehabilitación recibida: médica, psicológica, laboral.
- Cantidad de víctimas por departamento durante un periodo de tiempo determinado
- Ubicación geográfica de los sitios donde ocurrieron los actos bélicos que causaron discapacidad
- Información demográfica del departamento.

7.2 Atención médica

Es necesario establecer convenios entre el gobierno nacional y entidades hospitalarias de tercer nivel para atender médicamente a las personas con discapacidad por guerra.



- La atención será subsidiada por el gobierno nacional y contendrá los siguientes elementos:
- Exámenes de diagnóstico y control
- Intervención quirúrgica: cirugía plástica y ortopédica
- Fisioterapia post-quirúrgica
- Fisioterapia pre-protésica
- Asignación y adaptación de prótesis
- Administración de medicamentos no genéricos
- Psicoterapias: cognitivo-conductual, racional emotiva, grupal, familiar, relajación.
- Tratamiento psicofarmacológico: antidepresivos, ansiolíticos.
- Terapias alternativas: acupuntura, ejercicio físico, masajes, tratamiento nutricional.

El Gobierno Nacional debe subsidiar este tipo de tratamiento e implementarlo a través de convenios con instituciones públicas o privadas que estén en condiciones de ejecutarlos.

Ejemplo de este modelo fueron los convenios suscritos entre la Dirección General para la Reinserción del Ministerio del Interior y el Centro Hospitalario San Juan de Dios y El Seguro Social.

7.3 Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático – TPET

Para el abordaje del TPET, ningún tratamiento considerado de forma aislada puede ser calificado como superior a otros en cuanto a su efectividad para todo tipo de pacientes o bajo todas las circunstancias.

En todo caso, y considerando la complejidad y multidimensionalidad del TPET, es aconsejable optar por un tratamiento integral, adaptable a la realidad del paciente.

La integralidad del tratamiento fundamentalmente se basa en la implementación simultánea de:

7.4 Generación de empleo

El principal factor de cambio de las condiciones de vida de los excombatientes y civiles con discapacidad por guerra es su vinculación al mercado laboral.

Los esfuerzos para fortalecer las oportunidades laborales de los excombatientes y civiles con discapacidad por guerra podrían plasmarse en las siguientes medidas:

- Ofrecer a los excombatientes y civiles con discapacidad empleo dentro del mercado laboral ordinario en iguales condiciones que los demás. Para ello es necesario que tengan acceso a una rehabilitación y formación que refuercen su capacidad de trabajo, puesto que muchos cuentan actualmente con un nivel de formación laboral más bajo que el resto de trabajadores. Al mismo tiempo deben contrarrestarse las actitudes negativas y la ignorancia respecto a la capacidad de trabajo de las personas con discapacidad.



- Desarrollar diversas formas de incentivos y apoyos económicos, como subsidios salariales y reducción de impuestos, para los empleadores que empleen a excombatientes y civiles con discapacidad, a fin de compensar los costos adicionales de un menor ritmo de trabajo o de la adaptación ergonómica del puesto de trabajo.
- Crear empleos reservados y organizados principalmente para excombatientes con discapacidad como el teletrabajo, los trabajos en computador, la revisión y organización de correspondencia, la vigilancia desde puntos fijos.
- Crear empresas comerciales y productivas, con acceso a créditos blandos y asistencia técnica.

Consideramos que una iniciativa de estas características ayudará a superar el aislamiento social y la falta de oportunidades laborales que actualmente viven los excombatientes y civiles con discapacidad por guerra. Subrayamos la importancia de integrar estos criterios en los planes del gobierno nacional y normas legales dirigidas a organizar el empleo de los excombatientes y civiles con discapacidad por guerra.

7.5 Recreación

Las instituciones gubernamentales responsables de atender la discapacidad por guerra, serán responsables de divulgar los servicios que prestan las Cajas de Compensación Familiar y suscribir convenios con ellas para implementar programas dirigidos al manejo del tiempo libre de estas personas y sus familias.

También fomentarán programas deportivos y culturales de carácter institucional, que involucren al mayor número de personas con discapacidad por guerra para facilitar su integración social y mejorar su salud.

7.6 Seguridad Social

Otro factor de gran importancia para solucionar los problemas que hoy afectan a los excombatientes y civiles con discapacidad por guerra es su vinculación al Sistema de Seguridad Social Integral en los términos de la Ley 100 de 1993.

El Gobierno Nacional, a través del Seguro Social y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, tiene los medios legales para afiliar a los reinsertados y civiles con discapacidad al Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema General de Riesgos Profesionales.

Como lo expresa la Ley de Seguridad Social en el numeral 3 del artículo 6, buscamos: "Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral."

7.7 Prevención de la discapacidad por guerra

La elaboración y edición de material escrito y audiovisual, y su difusión masiva, son de primordial importancia para desarrollar actividades educativas de carácter preventivo,



generar conocimiento sobre atención psicológica, suministrar información a los funcionarios públicos responsables de asignar recursos y definir políticas de atención a las personas con discapacidad por guerra e incidir sobre los medios de comunicación y la opinión pública.

El material escrito y audiovisual también permite implementar actividades de capacitación como seminarios, cursos y

talleres, dirigidos a organizaciones comunitarias e instituciones gubernamentales y privadas: Juntas de Acción Comunal, Asociaciones de Padres de Familia, Organizaciones Campesinas, Organizaciones Juveniles, administraciones municipales y gremios económicos

Por último, queremos resaltar que la principal acción preventiva de la discapacidad generada por la guerra es el logro de la paz.



Anexo

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD POR GUERRA

La presente encuesta tiene como fin recopilar información sobre los trastornos psicológicos que se presentan en personas que tienen algún tipo de discapacidad por causa de la guerra. Es un instrumento diseñado específicamente para esta tarea en el marco de un estudio sobre discapacidad por guerra en el departamento de Antioquia.

La encuesta protege la identidad de las personas entrevistadas, a las cuales agradecemos su colaboración y la sinceridad en sus respuestas.

SEXO: Masculino _____ Femenino _____ **EDAD:** _____

ESCOLARIDAD: Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Universitaria _____

TIENE TRABAJO ACTUALMENTE? SI _____ NO _____

Responda con una X cuáles de los siguientes trastornos psicológicos, asociados a la discapacidad por guerra, ha experimentado con frecuencia durante el último año:

TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

		SI	NO
1	Tiene pesadillas repetitivas relacionadas con la guerra?		
2	Tiene terrores nocturnos relacionados con la guerra?		
3	Se sobresalta por ruidos o situaciones que le recuerdan la guerra?		
4	Piensa que lo pueden matar en cualquier momento?		
5	Tiene la idea que lo persiguen para matarlo?		
6	Tiene la idea de matar a otras personas?		
7	Tiene dificultad para tomar decisiones?		
8	Tiene dificultad para concentrarse?		
9	Tiene dificultad para solucionar problemas?		
10	Se angustia cuando recuerda la guerra?		
11	Trata de no pensar o hablar sobre su discapacidad?		
12	Recuerda los actos de guerra así no quiera recordarlos?		
13	Considera que es una persona útil?		

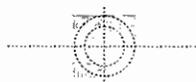


TRASTORNOS EMOCIONALES

		SI	NO
14	Siente temor pero no sabe a qué?		
15	Siente deseos de llorar y a veces llora?		
16	Se enoja con facilidad?		
17	Es agresivo con otras personas?		
18	Se siente triste y decaído?		
19	La discapacidad ha alterado su vida sexual y afectiva?		
20	Se siente angustiado?		
21	Tiene confianza en el futuro?		
22	Se siente frustrado?		
23	Se siente molesto consigo mismo por su situación actual?		
24	Se siente aislado de otras personas?		
25	Tiene dificultad para sentir amor o afecto por otras personas?		
26	Encuentra agradable vivir?		

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

		SI	NO
27	Presenta diarrea crónica?		
28	Sufre de estreñimiento?		
29	Ha perdido el apetito?		
30	Tiene dificultad para respirar?		
31	Sufre de asma?		
32	Siente dolor en el cuello?		
33	Siente dolor de espalda?		
34	Siente tensión y dolor muscular?		
35	Siente dolor de cabeza constantemente?		
36	Siente cansancio y agotamiento físico?		
37	Presenta sudoración y sensación de frío en las manos?		
38	Siente hormigueo en los dedos de las manos?		
39	Sufre de presión sanguínea alta?		
40	Presenta palpitaciones?		
41	Orina con mayor frecuencia que antes?		
42	Ha presentado episodios de impotencia sexual?		
43	Sufre de insomnio?		

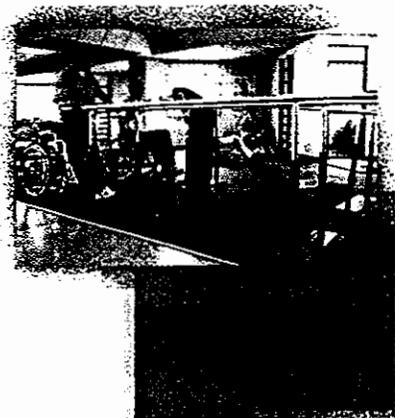


CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

		SI	NO
44	Es discriminado socialmente por su discapacidad?		
45	La discapacidad le ha impedido conseguir empleo?		
46	La discapacidad ha limitado su acceso a la educación?		
47	Implementa actividades recreativas ?		
48	Tiene vivienda propia?		
49	Vive con su familia?		
50	Vive sólo?		
51	Consume licor mínimo una vez a la semana?		
52	Fuma todos los días?		
53	Consume drogas psicotrópicas: marihuana, bazuco, cocaína?		
54	Es desplazado por causa de la guerra?		

ALTO A LA GUERRA

Optemos por la reconciliación y la Paz



NO al uso de minas quiebra patas