

La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública*

Psychosocial care for armed conflict victims in public health locations

Recibido: 16 de noviembre de 2016/Aceptado: 27 de marzo de 2017
<http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2559>

Lucely Obando Cabezas¹

Universidad Libre de Colombia, Cali

Marco Alexis Salcedo Serna²

Universidad Nacional de Colombia, Palmira, Universidad San Buenaventura, Cali

Luisa Fernanda Correa³

Universidad del Valle, Palmira

Palabras clave:

Atención psicosocial,
Conflicto armado, Salud pública,
Víctimas.

Resumen

En este artículo se reflexiona sobre las posibilidades de aplicación que tiene la intervención psicosocial para la atención de víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública (hospitales, centros de salud, etc.). Sobre la base de las propuestas realizadas por diferentes autores se destacan algunas implicaciones conceptuales de este modelo de comprensión. Se reconoce que los estamentos de salud se tornan socialmente ineficaces en sus propósitos de intervención a esta población si interpretan erróneamente la demanda de sus servicios de salud como un pedido exclusivo de bienestar físico, pero ignoran el clamor de justicia que hace esta población a la sociedad colombiana. La alternativa que se plantea es tomar la perspectiva psicosocial como enfoque de aplicación en las instituciones de salud, el cual ha de orientar la intervención hacia metas que suponen transformaciones sociales.

Keywords:

Psychosocial care, Armed conflict,
Public health, victims.

Abstract

This reflection paper focuses on the possibilities of psychosocial intervention application for armed conflict victims care in relation to public health locations such as (hospitals, health care centers, etc.,...). Some conceptual implications of this comprehension model are proposed by different authors. In this paper, it is evident that health institutions are considered as socially inefficient in their purposes of intervention for this population. If the demand is interpreted wrongly as an exclusive request for physical well-being, this ignores the cry for justice to Colombian society by this population. The suggested proposal in this paper is to take into account a psychosocial approach as an alternative in health institutions, which is focuses on guiding the intervention towards goals, which suggest psychosocial transformations.



Referencia de este artículo (APA):

Obando, L., Salcedo, M. & Correa, L. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20(38), 382-397. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2559>

* Artículo basado en el proyecto de investigación "Diseño de un programa de intervención psicosocial a víctimas del conflicto armado atendidos en el Hospital Universitario del Valle". Trabajo de grado de Luisa Fernanda Correa, Universidad del Valle, Palmira.

1. Máster en Salud Pública. Docente media jornada Unilibre Programa de Psicología, Facultad de Salud, Cali. Grupo de Investigación y Acción Psicosocial en violencia, desastres y construcción de paz. Email: lucelyo@gmail.com <https://orcid.org/0002-8770-2966>
2. Doctor en Psicología Social. Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia, Palmira. Departamento de Ciencias Sociales. Email: masalcedos@unal.edu.co <http://orcid.org/0000-0003-0444-703X>
3. Psicóloga. Email: luisafernandacorrea@plaza@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-7944-4111>

Introducción

El reconocimiento de los derechos humanos de las víctimas es un tema que ha ganado recientemente espacios de trabajo en Colombia (Rettberg, Kiza & Forer, 2008; Hoyos, 2007; González, 2010). Las leyes de justicia y paz han sido iniciativa de los últimos dos gobiernos nacionales que muestran el compromiso asumido por el Estado de promover y restaurar la dignificación de las víctimas en nuestro país. Este es apenas el comienzo de un largo camino que tendremos que recorrer en procura de la reparación física, psicológica y jurídica de las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Desde hace más de 50 años, diversas regiones del país han sido testigo de las luchas armadas por parte de los distintos grupos ideológicos al margen de la ley. En dicho conflicto, ha sido la sociedad civil quien ha sufrido el embate de una guerra al parecer sin fin. De acuerdo con el informe “¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad” (2013), entre 1958 y 2012, el conflicto armado ha ocasionado la muerte de por lo menos 220.000 personas. De estas muertes, el 81,5 % corresponde a civiles y el 18,5 % a combatientes; es decir, que aproximadamente ocho de cada diez muertos han sido civiles, siendo esta la población más afectada. Aunado a ello, nuestro país ha sufrido una oleada de violencia con manifestaciones como desplazamientos forzados, masacres, secuestros, desapariciones, abusos sexuales, amputaciones físicas, daños orgánicos irreparables, entre otros vejámenes, consecuencia de una guerra interna que no diferencia entre edad, género, religión o estrato social. En el Registro Único de Víctimas (RUV) al 15 de marzo de 2017, la Red Nacional de Información (2017) reporta un total de 8.347.566 víctimas registradas; en específico, esta fuente cita 176.128 desaparecidos, 19.269 víctimas de violencia sexual, 8.983 niños, niñas y adolescentes re-

clutados por grupos armados, y 7.769.281 personas desplazadas. Por su parte, el trabajo de Cifras & Conceptos para el GMH reporta 27.023 secuestros asociados con el conflicto armado entre 1970 y 2010, mientras que el Programa Presidencial de Atención Integral contra Minas Antipersona (PAICMA) registra 10.189 víctimas de minas antipersona entre 1982 y 2012. Dichas estadísticas se han establecido desde el presupuesto conceptual de que son víctimas del conflicto armado todas aquellas personas que individual o colectivamente han sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del primero de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Urna de cristal, 2013).

Más allá de la polémica que genera esta definición institucional, resulta indiscutible que la violencia en Colombia ha originado graves repercusiones en la salud de los colombianos (Concha, 2002; Valencia-Suescún, Ramírez, Fajardo, & Ospina-Alvarado, 2015).

Los ultrajes a los que han estado sometidos miles de personas, han provocado daños materiales e inmateriales incalculables por varias generaciones, que desgraciadamente solo suelen ser abordados en su dimensión física y material. No obstante, poco a poco, el país comienza a ser consciente de la magnitud y extensión de los daños que provoca la guerra; distintas reflexiones investigativas sobre las prácticas de atención a víctimas del conflicto armado (Toro, 2011; Moreno y Díaz, 2016), los medios de comunicación y las últimas normativas políticas que está implementado el Gobierno Nacional en torno al perdón y el olvido (Jaramillo & Pacheco, 2005) han puesto en evidencia los dolorosos impactos psicológicos y sociales que ha dejado la guerra interna. De acuerdo

con el informe presentado por la ONG internacional Médicos Sin Fronteras sobre el conflicto armado y salud mental en Caquetá (2010), los diagnósticos clínicos propios de los contextos de guerra como duelo o trastornos depresivos, estuvieron representados con alta frecuencia en los 5.064 pacientes tratados por Médicos sin Fronteras (2010), siendo los cinco diagnósticos principales más frecuentes: el trastorno adaptativo (18,68 %), los problemas de relación y problemas asociados con el abuso o la negligencia (17,55 %), la depresión mayor, episodio único (11,3 %), el duelo (8,90 %), y los trastornos del estado de ánimo (8,29 %). Estas cifras representan una pequeña porción de una problemática nacional sobre la salud mental que debe ser atendida para minimizar el impacto psicológico en la población afectada.

El reto de la institucionalidad para atender esta faceta de las consecuencias de la guerra interna en Colombia consiste en evidenciar dichos impactos, que son menos cuantificables que los físicos pero que dejan secuelas de mayor trascendencia, pues no solo afectan la salud mental de las víctimas directas sino que alteran el orden de los referentes organizativos de la sociedad (valores democráticos, ética de la vida en común, solidaridad, bien común, etc.), de la economía, de las instituciones y relaciones sociales, y de la cultura y sus diferentes manifestaciones (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). “En la guerra se producen pérdidas de las referencias básicas para mantener la identidad del individuo (territorio, familia, pertenencias, estatus...), se pierde la perspectiva de futuro, se instala el temor, y se produce una desestructuración de la vida cotidiana, que sólo en algunos casos se reorganiza sin producir efectos negativos” (Centro Nacional de Memoria Histórica 2013). En este cuadro de alteración psicológica, resulta claro que todo el tejido social será afectado, lo que convierte una afectación psicológica en una afectación de orden social, todo ello acorde con la definición que brinda la OMS

acerca de la salud: “un estado de bienestar completo, físico, social y psicológico, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez” (Organización Mundial de la Salud, 2013).

De esta manera, garantizar un estado de bienestar implica atender las esferas que lo enmarcan, tanto en forma física, como psicológica y social. La literatura revisada al respecto (Estrada, Ripoll, & Rodríguez, 2010; Lira, 2010; Mendoza, 2010; Moreno y Díaz, 2016, Estrada, Ibarra & Sarmiento, 2003) coincide en que un objetivo a cumplir, a través de modelos biopsicosociales de intervención, es potenciar estas dimensiones en desequilibrio, reconociendo las necesidades de la población, al igual que los recursos y formas de afrontamiento que adopta la comunidad. De aquí la importancia del acompañamiento interdisciplinar (Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010) y, en lo que compete a la psicología como disciplina de la salud, de generar herramientas que permitan la atención integral a toda víctima del conflicto interno. En esta medida, la implementación de estrategias en la intervención psicológica para la reconciliación y la paz debe comprender la búsqueda del bienestar individual y colectivo, la reconstrucción de tejido social y la atención en salud mental.

Y es que pasar de un estado de confrontación a uno de convivencia tolerante y solidaria requiere, al menos, desde las perspectiva de las víctimas, restitución de su vida familiar, laboral y ciudadana; compensación, apropiada y proporcional, al daño sufrido; y rehabilitación que incluya atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales. Desde una perspectiva más general, la reunificación de nuestra sociedad implica, entre otras cosas, una asimilación colectiva de la experiencia de la guerra y una determinación por impulsar procesos de reparación social de los males de

rivados de aquella. Pasa también por restablecer la confianza en las instituciones que deben garantizar una vida en democracia (partidos políticos, Corte Suprema de Justicia, Asamblea Legislativa, etc.). (Ramírez, 2013)

De todo lo anterior surge la inquietud por el tipo de intervención a implementar en instituciones de salud en Colombia (hospitales, centros de salud, clínicas, etc.), que no son operadores constituidos para acoger a las víctimas del conflicto armado, pero que por sus objetivos misionales atienden de un modo u otro a esta población. Ciertamente, un modelo de atención en salud que responda a las tres esferas mencionadas no debería estar exclusivamente dirigido a una población en particular, como son las que estamos tratando; dicho modelo debería constituirse en una directriz general para todos los habitantes del país que padecen cualquier tipo de sufrimiento médico o psicológico, sin importar su origen o circunstancia de desarrollo. Sin embargo, la literatura jurídica y académica al respecto (IIDH, 2007; Segura 2010; Ibáñez-Rojo, Díaz del Peral; Moreno-Martin, 2004; Ramírez, 2013; Pérez, 1999; Ministerio de Salud de Perú, 2010; Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010; Lira, 2010; Mendoza, 2010; Moreno y Díaz, 2016; Estrada, Ibarra & Sarmiento, 2003) muestra un relativo consenso sobre la necesidad de incluir el componente psicosocial en la intervención en salud para quienes han sufrido los embates de la guerra, consenso que no se observa en relación a personas con problemáticas en salud con un origen distinto.

Más allá de las enormes dificultades que tiene el sistema de salud en Colombia (véase, Calderón et al, 2011; Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011), las instituciones en salud estarían jurídica y conceptualmente obligadas a adoptar esta visión psicosocial de la salud, cuando menos para la población en discu-

sión. Las disposiciones contempladas en el artículo 3 de la Ley 1438 indican que las víctimas deben atenderse con un enfoque diferencial, que permita la caracterización de sus particularidades subjetivas en cuanto a su ciclo vital, género, pertenencia a grupos étnicos, discapacidad, hecho victimizante, procedencia geográfica, etc. La asistencia en salud mental a las víctimas del conflicto armado fue pensada desde su inicio a partir de un enfoque psicosocial, como condición necesaria para mitigar el impacto en salud mental y para garantizar la dignificación de los derechos, la integridad psicológica, la capacidad de la población afectada para agenciar su vida y su reinsertión a la sociedad.

No obstante, el verdadero problema del modelo psicosocial radica en no ser aceptado en contextos en los que han primado otras formas de discursos que desconocen la dimensión psicológica, social, jurídica y política en que se inscribe la vida humana. Ese es el caso de hospitales, centros de salud y otras instituciones con la labor misional de formar parte de la red de salud pública de un municipio o nación. En dichos contextos, el modelo de comprensión que predomina es el modelo biomédico (Troncoso, & Suazo, 2007) que tiene como conceptos claves en su accionar los términos de enfermedad, paciente y curación. En este modelo clínico se adopta una perspectiva biológica tanto para lo físico como para lo psicológico en el que todo el saber científico se utiliza para promover la recuperación (curación) de aspectos físicos alterados por algún tipo de circunstancia o agente biológico externo al cuerpo (enfermedad). Inscribirse en este modelo biomédico implica que el profesional de salud ha de desarrollar unas prácticas y discursos que suponen el carácter privado del padecimiento del sujeto y la necesidad de implementar una forma de intervención igualmente individualizante cuyo fin último es procurar la cura de la enfermedad física.

Contra esta perspectiva conceptual en que se inscriben las instituciones de salud, se reitera que las víctimas de un conflicto armado no pueden ser concebidas como los típicos pacientes del servicio de salud que pueden ser exitosamente intervenidos desde una lectura privada de su dolencia; ellos vivencian una circunstancia existencial constituida a partir de la alteración de un orden social y político. Sus necesidades, padecimientos y heridas quedan por tanto inscritas en ese marco y en consecuencia, requerirán de un modelo de intervención que efectúe una lectura desprivatizadora de su dolor, que no los desligue de su devenir histórico-contextual. En esta población, “el daño individual no puede desvincularse de una perspectiva social, por el carácter político de las violaciones, la importancia del contexto y las respuestas de las instituciones” (Beristain, 2008), puesto que “la afectación causada por el daño no sólo tiene una repercusión individual en la persona victimizada, sino que constituye una afectación clara en su capacidad de establecer relaciones satisfactorias; por tanto, las afectaciones no se restringen únicamente a la esfera individual sino que se extienden al sistema al que pertenece ese individuo” (Rebolledo y Rondón, 2010, p.43).

Aunque no sean operadores exclusivos de esta población, las instituciones de salud no están eximidas de reconocer el orden social y político del hecho victimizante en estos pacientes, abarcar las diferentes dimensiones de los daños ocurridos a causa del evento, distinguir y entender las prácticas y discursos de la comunidad alrededor de la herida y sus formas de enfrentamiento. Esto solo será aprehensible para el personal de salud si adopta el modelo de comprensión psicosocial en su labor cotidiana, modelo desde el cual las heridas de las víctimas del conflicto no son solo afectaciones de su tejido corporal sino también símbolos, mensajes y memorias de lógicas de relación socialmente reprobables, de las que

resultaron damnificados, a veces por defender heroicamente los valores de la democracia y los derechos humanos en sus comunidades. A partir de esto, mínimamente se debe posibilitar en todo el ámbito de la salud pública un abordaje integral que establezca la reparación como último fin en el proceso de recuperación y no reducir la intervención a un aspecto biológico afectado. Asumir este modelo implica procurar un cambio en los modelos de intervención en salud, asumiendo uno más participativo y de reconocimiento de las necesidades de los sujetos (Jiménez, Rubro & García, 1987), solo posible de aprehender en tanto se tomen en cuenta las particularidades de la cultura, las cosmovisiones, el contexto en el que se desenvuelven, y ejecutando un trabajo interdisciplinar avalado por un enfoque de derechos y diferencial.

Según Beristain (2008), los procesos de acompañamiento psicosocial buscan potenciar redes de apoyo, cohesión de comunidades en ruptura, disminución de impactos sobre la salud mental y emocional del sujeto, familia, grupo o comunidad, legitimar al sujeto como ciudadano de derecho, entre otros. Trabajar en pro de la salud mental desde el modelo psicosocial implica, entonces, un esfuerzo por descentrarse de los diagnósticos clínicos que se limitan a nombrar las secuelas psicológicas ocasionadas por los eventos vivenciados por el sujeto (Barriga, 1991). A este se le reconocen no sólo sus carencias (en las que habrá que proveer elementos de afrontamiento), sino también las potencialidades y recursos subjetivos que minimizan factores de riesgo (Moreno y Díaz, 2016). La intervención apela así a la construcción de tejido social y a la identidad colectiva como mecanismos de contingencia que fortalecen la reconstrucción de sociedad en la pretensión de minimizar los impactos negativos, los factores de vulnerabilidad y la revictimización.

En su aplicación en el ámbito de la salud pública, este modelo privilegia la condición de víctima frente a la de paciente, como punto de partida en la atención que se oferta a la población que ha sufrido directa o indirectamente las consecuencias de un conflicto armado. La categoría jurídica de víctima debe ser entendida aquí como “indicativa de un estatuto jurídico necesario” (Moreno y Díaz, 2016, p.204), dimensión de legitimización de los derechos políticos con que cuentan todos los ciudadanos de una Nación y que han sido vulnerados de una u otra forma a esta población. La categoría jurídica de víctima no promueve la pasividad política que normalmente se le ha asociado ni conlleva el mensaje de que quienes han sufrido las consecuencias del conflicto armado deben esperar “a que sea el Estado quien le resuelva su futuro, excluyéndose los sujetos de toda responsabilidad, poniéndose en una condición de invalidez e inutilidad” (Moreno y Díaz, 2016, p.202). Aunque es claro que “hay que evitar narrativas que refuerzan una posición victimizante” (Moreno y Díaz, 2016, p.198), a esta población hay que representarla, inicialmente, como víctima porque sobre ellas se ha cometido una injusticia; en el accionar de la guerra y del conflicto armado y en condición de indefensión le han sido violados los derechos jurídicos que los dignifican como seres humanos, violaciones que en ocasiones se han dado a través de prácticas aberrantes como tortura, secuestro y mutilación, afectaciones que quedan enmarcadas en las figuras jurídicas de “secuelas físicas”, “daño moral” y “daño psíquico”. Víctima es el nombre que reciben aquellos que han recibido tanto mal, tanto dolor, que se les puede haber tocado “los cimientos mismos de la posibilidad de sostener una ‘creencia’ de que el mundo tiene ciertas garantías, etc., es decir, que se ha roto en el sujeto ese velo fantasmático, necesario para que él mismo encuentre sentido a las acciones de su vida” (Guilis, 2010). En cambio, con la categoría de paciente, el daño moral y político solo se traduce en físico o psicológico

y el padecimiento queda inscrito en una visión en la que las problemáticas del sujeto no se vivencian colectivamente; con otras palabras, la categoría de víctimas nombra a quienes buscan y claman justicia, como acto primero para encontrar un modo de sanar un padecimiento psíquico producido por un traumatismo social. Si no son reconocidas como víctimas, nos dice Arévalo (2010), se da “un anclaje al sufrimiento por parte de las personas, como un medio para ser escuchadas y reparadas,... como una forma de no ‘perder la posibilidad’ de exigir y restituir sus derechos”. El título de víctimas los debe posicionar como ciudadanos dignos y libres de cualquier sospecha, lo cual significa que no han cometido delito alguno, y que merecen el reconocimiento de la sociedad por haber sufrido injustamente el accionar de un régimen de terror.

Negar este reconocimiento de víctimas hace que los estamentos de salud se tornen socialmente ineficaces en sus propósitos de intervención y de reintegro de esta población a la comunidad general. Para muchos colombianos que han sufrido directamente los efectos de la guerra, un hospital o una clínica puede ser el primer o único contacto directo que tendrán con entidades estatales para iniciar su camino personal hacia la reparación. Por ello, el mero modelo biomédico, que reduce la demanda de sus servicios de salud a un pedido de bienestar físico para un individuo, termina ignorando el clamor de justicia que hace esta población a la sociedad colombiana, con los efectos que a mediano o largo plazo pueda traer este descuido para nuestra comunidad.

Un modelo analítico de atención psicológica en salud pública para víctimas del conflicto armado pensado desde la reparación como objetivo de intervención

El propósito fundamental que el Estado adopta para la atención a víctimas es la reparación integral. Se-

gún la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) (2007), la reparación es un proceso que busca dignificar a las víctimas mediante medidas que alivianen su sufrimiento, compensen las pérdidas sociales, morales y materiales que han sufrido y restituyan sus derechos ciudadanos.

La reparación implica componentes de acción, garantes de la recuperación integral. Este proceso busca restituir los derechos humanos, obedeciendo a premisas establecidas desde organismos internacionales y desde la ley de víctimas propuesta por el Gobierno Nacional. La reparación, afirma Beristain (2008, p.109), “se refiere a un conjunto de medidas orientadas a restituir los derechos y mejorar la situación de las víctimas, así como promover reformas políticas que impidan la repetición de las violaciones”. Al respecto, señala la ONU:

El derecho a obtener reparación deberá abarcar todos los daños y perjuicios sufridos por la víctima. ...este derecho comprende los siguientes tres tipos de medidas: a) Medidas de restitución (cuyo objetivo debe ser lograr que la víctima recupere la situación en la que se encontraba antes); b) Medidas de indemnización (que cubran los daños y perjuicios psíquicos y morales, así como pérdida de oportunidades, los daños materiales, los ataques a la reputación y los gastos de asistencia jurídica); c) Medidas de rehabilitación (atención médica y psicológica o psiquiátrica). (ILSA, 2012)

Estas medidas permitirían enfrentar las consecuencias de las violaciones, restituir un Estado de Bienestar y restablecer las condiciones psicosociales. Como lo señaló en su debido momento la Corte Constitucional de Colombia en la Sentencia T-458, estas medidas exceden “la visión meramente económica de la participación de las víctimas dentro de los procesos llevados

contra los responsables del daño, y... abarca todos los daños y perjuicios sufridos por la víctima a nivel individual y comunitario” (2010). Así, en la reparación propuesta para las víctimas del conflicto armado hay una fuerte dimensión simbólica que posibilitaría “satisfacción colectiva, garantías de no repetición, y acciones orientadas a la reconstrucción psicosocial de las poblaciones afectadas por la violencia” (Sentencia T-458, 2010).

Lo anterior está precisado de un modo muy claro en un informe presentado por el Equipo de Salud Mental del CELS de Argentina, que ha propuesto diversas estrategias de intervención para tratar con problemáticas de salud originadas por violaciones de derechos humanos. Para este equipo, la reparación es fundamentalmente simbólica, en primer lugar, porque no apunta a lo que se perdió, sino a lo que representa eso que se perdió.

En ese sentido no puede jamás “cubrir la integralidad de perjuicios sufridos por la víctima”, ya que se produce sobre un daño en sí irreparable. No se repara restableciendo el statu quo anterior, sino que se reconstruye otra cosa, algo nuevo... Nadie ha supuesto jamás que las indemnizaciones podrían generar en los familiares de las víctimas del Terrorismo de Estado, el sentimiento de que recuperaban a sus seres queridos. Es más, sólo se puede reclamar justicia, a partir del reconocimiento de que algo se ha perdido irremediamente. Esta es la diferencia fundamental entre “reparación de algo” y “reparación a alguien”. (Guilis, 2010)

Y en segundo lugar, el acto reparatorio es simbólico porque instaura una simbolización que es absolutamente íntima y singular y no depende del accionar de los estamentos jurídicos. “[El proceso de simbolización] abre la posibilidad de elaboración y tramitación de lo traumático, porque se pone en marcha un proceso di-

námico” (Alonso, citado por Guilis, 2010). En otras palabras, “La reparación simbólica... abre un proceso subjetivo, trabajo de simbolización y creación, que en la singularidad de la víctima remodelará al símbolo, le asignará un sentido, lo transformará. En ese sentido, la reparación simbólica es polisémica, y está abierta a la significación –diversa en cada caso– que de ella haga la víctima que la recibe” (Guilis, 2010).

Y es principalmente en esa dimensión de orden simbólico donde pueden operar las instituciones de salud. Por supuesto, un hospital podría hacer muy poco por la reparación de las víctimas del conflicto armado si esta se redujera a la dimensión jurídica del evento, o a la indemnización o reposición por equivalencia de dinero del daño material sufrido. Tal limitación se mantendría aun considerando los inestimables procesos de intervención médica que estas instituciones desarrollan para salvar la vida de quienes han sufrido acciones de guerra, o los procesos de rehabilitación física para personas que han quedado con secuelas físicas (amputaciones, deficiencias funcionales del organismo, etc.); el número de personas atendidas en ese aspecto se enfoca demasiado en quienes sufrieron un daño físico, lo que lo convierte en un grupo poblacional proporcionalmente muy pequeño en comparación con las víctimas que no han quedado con estas secuelas, y en cambio sí con notorias afectaciones en el orden social y psicológico. Los hospitales, receptores naturales en nuestro país de la población víctima de la guerra, pueden y deben realizar una gran contribución al saneamiento de las heridas colectivas causadas por la guerra, procurando en cualquier caso la reparación moral de una comunidad y responder a su clamor de justicia. Efectivamente, de eso se trata la intervención psicosocial, de garantizar la resolución en justicia de la conflictividad en la vida social e individual. Si las intervenciones adoptadas no conllevan a

la justicia, no solo deja de darse la reparación psíquica y moral del daño, sino que además pueden ocasionarse conflictos mayores hasta producir, incluso, un plexo de conflictividad social difícil de solucionar.

Si queremos tratar de vivir juntos, luego de una guerra o de un trauma, necesitamos perdonar. Pero sólo podemos hacerlo después de que haya justicia. Porque si no la hay es como si el asesino no hubiera hecho nada: como si no fuera importante el hecho de que hubiera matado a tu familia. Cuando alguien nos ha dañado es como si estuviéramos rotos, y debemos zurcir esas partes. Coser a una familia o a una cultura que ha sido desgarrada es posible, pero sólo una vez que el culpable es juzgado. (Cyrulnik, 2009)

En el mismo sentido se expresa un psiquiatra chileno perteneciente a un grupo de trabajo terapéutico especializado en el trabajo clínico con víctimas de represión política. “Estamos conscientes que la reparación del daño, que nunca podrá ser completa, será aún más incompleta en tanto no haya una rehabilitación moral de las víctimas de la represión política... Ningún plan de atención, por muy completo, largo y bien hecho que sea, podrá eliminar en esas familias los sentimientos de odio y de frustración, ni el daño a su autoestima, mientras no sean reivindicados por el conjunto de la sociedad” (Vidal, 1990, p.95).

Asumir el concepto de justicia en un proceso de intervención de salud es entender que hay una condición de ruptura y violación de los derechos inalienables de las personas; es entrar a romper el pacto de violencia y silencio que unos pocos han establecido para sembrar el miedo en muchos, e imponer en la mentalidad del colectivo el supuesto de que no se ejecutaron crímenes sino actos necesarios en nombre del bien común (Lira,

2010). De aquí que la implementación de programas en salud pública que atiendan el sufrimiento/daño ocasionado por el conflicto armado desde esta perspectiva, están encaminados a crear una memoria colectiva de lo acontecido que posibilite la restauración de los derechos humanos como un esfuerzo para mitigar el impacto, restituir y dignificar las víctimas, e intentar reparar lo irreparable (Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010; Moreno y Díaz, 2016; Guilis, 2010). Y se habla de reparar lo irreparable ya que en gran medida muchas atrocidades a las que han sido sometidas las víctimas no tienen forma de repararse o recuperarse (muerte de seres queridos, graves violaciones de los derechos humanos, etc.). Por esto es importante entender el sentido de lo simbólico en la recuperación de las víctimas, que es una forma de tramitar el daño sufrido. La intervención apuntaría sobre todo a “desprivatizar el dolor, en la medida que lo sucedido ya no es patrimonio exclusivo de las víctimas y sus familias, sino un horror que debe ser asumido por el conjunto de la sociedad” (Peñaloza, 2012, p.102).

La reparación que se busca en un modelo de intervención psicosocial pretende que el estatuto jurídico de víctima con que se inscriben los sujetos que participan en el programa se cambie a otro que les permita reconocerse como sujetos sociales y políticos, con derecho a existir, con un presente digno, seguro, y con la capacidad subjetiva y las garantías estatales para trazar un futuro conforme al sistema de valores culturales que los ha caracterizado en su existencia vital. Ese otro estatuto no es jurídico, sino social y subjetivo, y puede quedar bien definido en el concepto de “sobreviviente”, visto este término desde una perspectiva de la resiliencia psicológica, que enfatiza en la capacidad subjetiva de sobrevivir y sobrellevar las adversidades y desarrollar las competencias necesarias para responder asertivamente a una situación-problema, siendo agente activo de su propio proceso de

cambio y adaptación, a pesar de las atrocidades a las que fue sometido (Iglesias, 2010; Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010).

El acceso al estatuto de “sobreviviente” implica el paso de narrativas de victimización a las de “historias con mejor forma”, implica también “la reconstrucción de las redes sociales que faciliten el empoderamiento de los recursos debilitados en el proceso traumatogénico”, lo que obliga al profesional de salud a ver, antes que patologías, potencialidades que promueven formas de resiliencia y de adaptación a los nuevos contextos (Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010; Moreno y Díaz, 2016), obliga a reconocer la condición de agente social de un sujeto que para sí y para los demás sólo puede ser víctima: “La consecuente negación de su lugar como sujetos genera un vínculo con la identidad de víctima/no escuchada/sufriente, que, a la postre los lleva a considerar esta postura como una forma de no perder la posibilidad de exigir y restituir sus derechos y así reivindicar al ser querido perdido” (Arévalo, 2010, p.75). El estatuto de “sobreviviente” implica, además, la promoción de aquello que “se tiene” y no de aquello que se “carece” o que se “perdió”, indagándose por las características individuales, sociales y culturales que favorecen el desarrollo de cualquier ser humano en un contexto de vulnerabilidad (Colmenares, 2002; Rebolledo, Rondón, 2010). La apuesta con este modelo de intervención psicosocial es convertir a la víctima del conflicto armado en un multiplicador de sentido que alimenta el tejido social a través de la reparación, pues enseña a sobrevivir y resistir, a sobreponerse y a sustraer aprendizajes de todas las experiencias a las que puede estar sometido un ser humano. Y estas apuestas se adoptan desde el supuesto que “quienes logran encontrarle un sentido al hecho, en general se encontraran psicológicamente mejor que quienes se quedan en la confusión y se culpabilizan por lo sucedido” (Beristain, 2008, p.108).

En forma consecuente con lo anterior, y como insumo para ser utilizado y pensado por profesionales en salud pertenecientes a contextos clínico-hospitalarios de salud pública, especialmente psicólogos, se sugiere a continuación un modelo analítico para organizar la intervención psicosocial para víctimas del conflicto armado en dichos ámbitos. La intervención se estructuraría en torno a las cinco dimensiones básicas que implica la reparación: 1) Restitución; 2) Compensación; 3) Rehabilitación; 4) Satisfacción, y 5) Prevención. Estas dimensiones no implican los aspectos jurídicos, económicos y materiales con los que usualmente han estado asociados, sino que se re-interpretan desde una visión psicosocial, así:

1. Restitución: Desde un marco general jurídico, esta dimensión busca restablecer la situación previa de la víctima, en cuanto a lugar, empleo y bienes. Desde la perspectiva psicosocial, aplicada a contextos de salud pública, la restitución se relaciona con la línea de continuidad subjetiva que existía de manera previa a los eventos sufridos y que han generado una ruptura con los referentes básicos de identidad. Se espera que, a través del proceso de intervención, el sujeto logre reconocerse del siguiente modo: “Hijo o la hija de alguien, sobrino de alguien; ciudadano de esta o aquella ciudad, miembro de este o ese gremio o profesión; perteneciente a esta tribu, a ese clan, a este país. Heredero del pasado de una familia, ciudad, tribu o nación, poseedor de una diversidad de deudas, herencias, justas expectativas y obligaciones, con unos postulados de vida, que le dan a su vida su propia particularidad moral” (MacIntyre, 1987, p.86). Esta dimensión se aplica para nombrar una forma de retorno subjetivo, por lo que se relaciona con la siguiente pregunta: tras la ruptura, ¿de qué manera vuelvo a conectar
- tarme con mi vida, mis creencias, mis emociones y a la comunidad a la que pertenezco? La restitución como proceso de intervención, apunta a la identidad subjetiva. Conciérne a la pregunta de quién soy yo como sujeto humano; enfatiza en la dimensión de la conciencia de sí, es decir, en las características esenciales propias, que lo constituyen como sujeto capaz de pensar, desear y actuar en el mundo bajo parámetros de autorreflexión, en tanto se halla inserto en una cultura con valores de referencia y con un universo simbólico que comparte y orienta su accionar.
2. Compensación: Normalmente comprendida en su naturaleza económica, en el modelo psicosocial que se pretende promover, se refiere al proceso de fortalecimiento y construcción de formas de interpretación de la realidad social que le permitan al sujeto estar en una mejor condición a futuro para enfrentar situaciones social o políticamente adversas, en comparación con aquellas personas que no las han enfrentado. Por tanto, se asocia con la siguiente pregunta: ¿Qué beneficios subjetivos pudo haber traído a mi vida los eventos de los que fui víctima? Esta compensación se articula en lo que se conoce como cosmovisión de vida, la cual corresponde a la interpretación que realiza el sujeto de la realidad y del mundo a partir de valores, criterios y prácticas sociales en las cuales ha estado inscrito y manifiesta su accionar.
3. Rehabilitación: Se refiere a la idea de readaptarse/reincorporarse a la sociedad. En el modelo psicosocial entraña el reconocimiento de las ineludibles consecuencias de haber sido víctima de la guerra interna colombiana, por lo que el sujeto tendrá que reorientar su proyecto de vida como condición para superar las consecuencias adversas del evento. Esta dimensión responde a esta

otra pregunta ¿Qué cambios en mi vida debo asumir, como consecuencia de la ruptura que experimenté, para continuar siendo alguien activo en la sociedad en tanto sujeto de derechos y agenciador de mi vida en sociedad? La rehabilitación apunta entonces a potenciar las competencias para la vida que requiere el sujeto para integrarse a una sociedad moderna y democrática. Estas competencias son las diferentes herramientas, destrezas y habilidades que se necesitan para responder adecuadamente a las dinámicas sociales y contextuales que se dan en las sociedades contemporáneas occidentales.

4. Satisfacción: Se refiere a la evaluación subjetiva del camino existencial que ha recorrido el sujeto, a partir de las vivencias del conflicto armado y que le permiten percibir las bondades que le han generado los esfuerzos hechos. Responde a la siguiente pregunta: ¿Los enormes esfuerzos que he realizado para resistir, sobrevivir y encontrarle sentido a mi existencia han valido la pena? En esta dimensión, el aspecto abordado es el empoderamiento del sujeto con su vida, como agente activo y constructor de un proyecto de vida, el cual enmarca los deseos y metas a los que alguien quiere llegar, determinado por los sueños y anhelos que el conjunto de valores y creencias del sujeto le permite fijar.
5. Prevención: Se refiere a la posibilidad de agenciar sujetos multiplicadores en la sociedad (misión social) de transformaciones sociales que promuevan el respeto por los derechos humanos, y que ilustren cómo el pasado se puede convertir en principio de acción para el presente (Todorov, 2000). Responde a la pregunta: ¿a partir de mi historia y mi experiencia en el conflicto armado colombiano, ¿qué puedo devolver a la comunidad que contribuya en la construcción de paz y de formas

de no-repetición? En este caso, el aspecto objeto de intervención es la responsabilidad social y, por tanto, comprende el compromiso ético que se tiene en tanto miembro de una colectividad, capaz de accionar el desarrollo de un interés común que beneficie al conjunto de una sociedad.

A través de estas dimensiones se resaltan y abordan los principales tópicos que psicológica y socialmente definen a un ser humano como tal, y que se ven de una u otra manera afectados en traumatismos sociales como las guerras o los conflictos armados, los cuales, de manera global, se suelen conocer como trauma psicológico o, jurídicamente, daño moral y daño psíquico.

Algunas implicaciones de la adopción del modelo psicosocial en instituciones de salud

Muchas podrían ser las implicaciones de la adopción de un modelo psicosocial en las instituciones de salud de Colombia. Cabe destacar tres de ellas.

La primera es que el modelo psicosocial problematiza la típica reclusión de la intervención de salud en un consultorio. Este es quizás el aspecto más cuestionado en la literatura al respecto, dado que, desde la perspectiva psicosocial, el sujeto de la intervención no es solo quien padece la problemática de salud física, también lo son los agentes que se encuentran en el entorno de un individuo –los conocidos y familiares de la persona (Mendoza, 2010)–, así como el conglomerado de sujetos anónimos pertenecientes a una sociedad. Esto significa que se deben abrir espacios de escucha activa, de narrativas, de experiencias de vida y, lo más importante, de divulgación de dichas experiencias, que no podrían darse en escenarios aislados como los consultorios. Además, uno de los objetivos misionales de la

mayoría de los centros de atención en salud de tercer y cuarto nivel del país, especialmente los públicos, es la formación de profesionales en salud. Y esta formación a médicos y fisioterapeutas, entre otros, no puede quedar reducida a la transmisión de conocimientos sobre las intervenciones físicas que necesitan los sujetos que demandan sus servicios. El personal de salud también debe ser sensibilizado en la realidad social que origina el padecimiento físico de quien requiere su intervención, sensibilidad que difícilmente se adquiere si se aísla al sujeto de la intervención en un consultorio. La falta de reconocimiento de los daños colectivos, que se revelan en los daños individuales generados por los conflictos, contribuye a la perpetuación del sufrimiento de los individuos y las comunidades (Rebolledo y Rendón, 2010).

Precisamente, con el modelo psicosocial se propone ubicar al individuo en escenarios abiertos, participando en actividades de reconstrucción de realidades, de experiencias de vida, de expresión de emociones, de historias de supervivencia. Este tipo de ejercicios enriquece la formación de los futuros profesionales de salud del país, y posibilita la reparación integral de grupos poblacionales como las víctimas del conflicto armado, al retomar la “Memoria” como un elemento fundamental de la vida en comunidad que permite la construcción de la historia colectiva del país, el empoderamiento social de sujetos excluidos de la sociedad y la resignificación de realidades sociales que han impedido la consolidación de un proyecto común de nación (Fraser, 2001; Halbwachs, 2004).

La segunda implicación a considerar es la necesidad de instituir la evaluación como un aspecto fundamental de la intervención. Analizando frecuentemente las necesidades de la población atendida, se garantiza el sentido de la intervención, puesto que los requerimien-

tos que en un momento determinado tiene la comunidad pueden ser completamente distintos en otro. Barriga (1991) indica que las evaluaciones son ejes centrales de todo programa o investigación a desarrollar; la inicial, por ejemplo, nos ayuda a entender las necesidades de la población a intervenir y a partir de esta valoración de necesidades se puede desarrollar un plan de acción que será el norte del programa, mientras que la final pretende indagar avances y limitaciones de la intervención. Como señala el mismo Barriga (1991), “si no se sabe de dónde se viene, ni a dónde se va, sólo cabe el alegre despilfarro social, la egoísta complacencia individual y la irresponsabilidad del interventor”. De esta forma, la evaluación como eje central de todo proceso de intervención sustenta en su quehacer la necesidad de implementar estrategias de análisis que permitan saber qué se va a intervenir y porqué, para finalmente comprender los alcances y limitaciones del programa y, desde allí, desarrollar estrategias de mejoramiento.

Por último, es necesario repensar la Psicología como disciplina aislada, que promueve el asistencialismo y un modelo personalista alejado de los sistemas ecológicos y de los orígenes histórico-contextuales en los que se inscriben los individuos (Montero, 1994). Cambiar la mentalidad de la intervención individual supone un reto para el desarrollo de nuevas metodologías de la intervención. Si bien los procesos individuales son necesarios, no pueden continuar siendo la razón última de la intervención. Como plantean Rebolledo y Rondón (2010), “proyectos o intervenciones terapéuticos con énfasis en modelos individuales centrados en la narración de los hechos dolorosos podrían alienar a las personas de sus comunidades en un momento en el que el énfasis debería ser la reconstrucción de los lazos sociales entre las personas y los grupos fragmentados” (p.41). Al fin y

al cabo, la condición efímera y aún insignificante del individuo en relación con el todo que es la sociedad obliga al profesional en salud a constituir a esa sociedad en la primera y última beneficiada con la intervención que se le ha realizado a un individuo. Cuando en la salud pública se le daba prelación a la atención de cuadros clínicos ocasionados por la transmisión de enfermedades infecciosas, este aspecto resultaba muy claro. Así, la atención en salud a un sujeto que padecía alguna forma de “peste” importaba en tanto con ella se lograba que no se produjeran nuevos casos y no se amenazara así al conjunto de toda la sociedad. Infortunadamente, en la intervención psicológica tal modo de comprensión no ha sido dominante.

Conclusión

Inicialmente, podría pensarse que lo único que se requiere para desarrollar intervenciones psicosociales en contextos hospitalarios es la simple aplicación de rutas ya definidas para operadores gubernamentales, cuya población a atender es constituida por las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, los contextos hospitalarios tienen especificidades imposibles de desconocer, por lo que no se requieren múltiples reflexiones y discusiones que permitan dotar de herramientas metodológicas y conceptuales al personal especializado de las instituciones de salud de Colombia para la atención de las víctimas del conflicto interno. Para dichos contextos, se necesitan rutas claras de intervención, dado el impacto y daño a la integridad física, psicológica y moral, que causan los hechos de violencia a un gran número de víctimas colombianas. Para que se puedan crear modelos de intervención en la salud pública más eficientes y acordes a los requerimientos de las personas, es imprescindible evaluar la pertinencia del modelo tradicional de salud, de enfoque netamente biológico. La alternativa que se

plantea en el presente texto es tomar la perspectiva psicosocial como enfoque posible de aplicar en las instituciones de salud, el cual orienta la intervención hacia metas que buscan un lugar al sujeto frente a su problemática. Esta alternativa agencia y posibilita cambios no solo a nivel personal sino también en el orden familiar y social y demanda el trabajo “en equipos intersectoriales e interinstitucionales,... capaces de arriesgar desde sus funciones y conocimientos de base, para configurar campos de comprensión y acción también inter (disciplinarios, sectoriales e institucionales), a partir de diseños claros y participativos, que integren lo colectivo e individual, lo histórico y coyuntural, en el mediano y largo plazos” (Estrada, Ripoll, & Rodríguez, 2010, p. 112).

Pero en lo concerniente a la atención que se debe brindar a víctimas del conflicto armado, los cambios no solo deben darse en las instituciones de salud. Cualquier profesional que trabaja con esta población encuentra evidente el clamor de justicia de ellos. Infortunadamente, la visión común que hay sobre la justicia es que esta solo involucra a quienes trabajan en tribunales, estamentos jurídicos, policiales y gubernamentales (alcaldías, gobernaciones, ministerios, etc.). La visión psicosocial permite, en cambio, comprender que la justicia no es un mero asunto de tribunales: es un objetivo asociado a cualquier acción profesional con sentido, pertinencia social y sensibilidad social por quien ha sido excluido por el sistema, y ello incluye, por ejemplo, al ingeniero civil, que ayuda a construir una carretera para una comunidad aislada en el territorio nacional; el economista, que contribuye con su labor a la reducción de las tasas de desempleo, y, por supuesto, a los profesionales de la salud (psicólogos, médicos, terapeutas físicos, etc.), que con su intervención brindan a la víctima del conflicto armado la energía y el convencimiento necesarios para resistir la actuación que otros realizaron en su contra.

Referencias

- Arévalo N. (2010). Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales*, (36), 29-39.
- Barriga, S. (1991). Psicología ¿Para qué? Sobre los modelos de intervención psicológica. *Papeles del psicólogo*, 50.
- Beristain, C. (2008). *Diálogo sobre la reparación. Experiencias en el sistema interamericano de derechos humanos*. Tomo 2. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2817-2828.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Informe general. Grupo de Memoria Histórica. Bogotá: Imprenta Nacional. Recuperado de <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>
- Colmenares, M. E. (2002). Resiliencia: Sus valores psicológicos y socioculturales. En E. Sánchez, C. Balmer, M. Colmenares, L. Balegno, A. Mejía, M. Olaya, y M. Villalobos, *La resiliencia: responsabilidad del sujeto y esperanza social* (p-p. 21-46). Cali: CEIC Rafue.
- Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación [CNRR] (2007). *Recomendación de criterios de reparación y de proporcionalidad restaurativa*. Primera edición. Bogotá: Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*, (22), 347-61.
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapájaros: testimonios de resiliencia: el retorno a la vida*. Barcelona, Colección: Psicología/Resiliencia Gedisa.
- Estrada, Á., Ibarra, C., & Sarmiento, E. (2003). Regulación y control de la subjetividad y la vida en el contexto del conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Sociales* (15), 133-149.
- Estrada, A., Ripoll, K., & Rodríguez, D. (2010). Intervención psicosocial con fines de reparación con víctimas y sus familias afectadas por el conflicto interno en Colombia: Equipos psicosociales en contextos jurídicos. *Revista de Estudios Sociales* (36), 239-247
- Fraser, R. (2001), *Recuérdalo tú y recuérdalo a otros. Historia oral de la Guerra Civil Española*. Barcelona: Editorial Crítica.
- González C. (2010). Justicia transicional y reparación a las víctimas en Colombia. *Revista Mexicana de Sociología*, 72(4), 629-658.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53(2), 144-155.
- Guilis, G. (2010). *El concepto de reparación simbólica. Equipo de salud mental del CELS*. Buenos Aires. Recu-

perado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4pQDxnJKPD0J:www.cels.org.ar/common/documentos/concepto_reparacion_simbolica.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es

- Halbwachs, M. (2004). *Los marcos sociales de la memoria*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Hoyos, G. (2007). *Las víctimas frente a la búsqueda de verdad y reparación en Colombia*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Ibáñez-Rojo, V., Díaz del Peral, D., Moreno Martín, F. (2004). La sociedad ante la guerra. Efectos de la guerra y la violencia organizada en salud mental. En P. Estebanez (ed.), *Medicina Humanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Iglesias, E. L. L. (2010). Memoria y Resiliencia: Estudio de la memoria de las víctimas del conflicto armado en el departamento del Magdalena: presentificación, visibilización, catarsis y resiliencia. *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, 13(25), 95-109.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos, [IIDH] (2007). *Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio. Aportes psicosociales*. San José, Costa Rica: Colección Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio, Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativo [ILSA] (2012). La reparación integral para las víctimas del desplazamiento forzado. En: Carmen Andrea Becerra Becerra (ed.), *El derecho a la reparación integral de las víctimas del desplazamiento forzado en Colombia* (p-p.51-72). Bogotá: Publicaciones ILSA.
- Jaramillo, C. J. H., & Pacheco, S. T. (2005). Reconciliación y justicia transicional: opciones de justicia, verdad, reparación y perdón. *Papel Político*, (18), 79-112.
- Jiménez, S. B., Rubio, J. M. L., & García, M. F. M. (1987). *Intervención psicosocial: el individuo y la comunidad, agentes de su propio bienestar*. España: Hora.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación, memoria. *Revista de Estudios Sociales*, (36), 14-28
- McIntyre, A. (1987). *Tras la virtud*. Barcelona. España: Crítica.
- Médicos sin Fronteras (2010). *Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono*. Florencia, Caquetá: MSF.
- Mendoza, D. (2010). *Programa de intervención con familias víctimas del conflicto armado colombiano, vinculadas en procesos de reparación* (Tesis de grado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Ministerio de Salud de Perú (2010). *Atención de víctimas de violencia, derechos de las personas: guía práctica para uso en servicios de emergencia y consulta externa*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Montero, M. (1994). *Psicología Social Comunitaria*. México: Ed. Universidad de Guadalajara.

- Moreno, A., y Díaz, M. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *AGORA*, 16(1), 193-213.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Washington, Estados Unidos. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Peñalosa, C. (2012). *Enseñar la violencia, educar para la paz* [en línea]. Recuperado de http://historia.ihnca.edu.ni/almidon/demo/files/doc/ponencias_segundo_seminario/CARLA_PENALOZA.pdf
- Pérez, P. (1999). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid, España: Ediciones Ex libris.
- Ramírez, C. (2013). *Postguerra y salud mental* [en línea]. América en movimiento. Recuperado de http://www.adital.com.br/site/noticia_imp.asp?lang=ES&img=S&cod=73208.
- Rebolledo, O., & Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Revista de Estudios Sociales*, 40-50.
- Red Nacional de Información. (2017). *Registro Único de Víctimas (RUV)*. Bogotá, Colombia.
- Rettberg, A., Kiza, E., & Forer, A. (2008). *Reparación en Colombia ¿Qué quieren las víctimas?* Bogotá D.C., Colombia: Agencia de Cooperación Técnica Alemana, GTZ.
- Segura, C. (2010). Impacto del conflicto armado interno en la familia colombiana. *Estudios en Derecho y Gobierno*, 3(2), 47-63.
- Sentencia T-458 (2010). Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, Colombia, 15 de Junio.
- Todorov, T. (2000). *Los abusos de la memoria*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Toro, D. M. (2011). *Acompañamiento psicosocial a niños y niñas víctimas del conflicto armado en Colombia: Un escenario para la acción sin daño* (Tesis Especialización). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503.
- Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503.
- Urna de cristal (2013). *Hitos del Gobierno. Abecé de la Ley de Víctimas*. Bogotá, Colombia, Portal de participación ciudadana. Recuperado de <http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/abece-ley-de-victimas>.
- Valencia-Suescún, M. I., Ramírez, M., Fajardo, M. A., & Ospina-Alvarado, M. C. (2015) De la afectación a nuevas posibilidades niñas y niños en el conflicto armado colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 1037-1050.
- Vidal, M. (1990). *Daño psicológico y represión política; un modelo de atención integral*. Linares, Chile: Cintras-Series Monográficas.