

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL A  
VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEL VALLE**

**LUISA FERNANDA CORREA PLAZA**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**2016**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL A  
VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEL VALLE**

**LUISA FERNANDA CORREA PLAZA**

**Trabajo de Grado como requisito para optar al título de Psicóloga**

**Director  
Marco Alexis Salcedo**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**2016**

**Nota de aceptación.**

El trabajo de grado **DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**, presentado por la estudiante Luisa Fernanda Correa Plaza. Cumplen con los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL VALLE, INSTITUTO DE PSICOLOGIA**, Seccional Palmira, para optar al título de Psicóloga.

---

**Firma del presidente jurado.**

---

**Firma del jurado.**

---

**Firma del jurado.**

**Santiago de Cali, Febrero 08 del 2016**

## Tabla de contenido

Pg.

<b>Introduccion.....</b>	<b>9</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____</b>	<b>11</b>
<b>1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN _____</b>	<b>12</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN _____</b>	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS _____</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo general _____</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos _____</b>	<b>15</b>
<b>4. MARCO REFERENCIAL _____</b>	<b>16</b>
<b>4.1 ANTECEDENTES _____</b>	<b>16</b>
<b>4.2 MARCO TEÓRICO _____</b>	<b>19</b>
4.2.1 Contexto de guerra y política: un escenario Colombiano _____	19
4.2.2 Las víctimas del conflicto. _____	22
4.2.3 Psicología como instrumento al servicio del bienestar _____	24
4.2.4 Reparación psicológica _____	26
4.2.5 El modelo ecológico en la intervención psicosocial _____	31
<b>5. METODOLOGÍA _____</b>	<b>34</b>
5.2 TIPO DE ESTUDIO _____	34
5.3 PARTICIPANTES _____	34
5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN _____	35
5.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN _____	35
5.6 PROCEDIMIENTO _____	36
<b>6. ANALISIS DE RESULTADOS _____</b>	<b>38</b>
<b>6.1 Perfil paciente víctima del conflicto armado atendido en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E) _____</b>	<b>38</b>
6.1.1 Microsistema _____	38
6.1.2 Condiciones de salud física _____	41
6.1.3 Ciclo vital – género _____	42
6.1.4 Componente familiar _____	47
6.1.5 Componente relacional _____	49
6.1.6 Exosistema _____	49

6.1.7	Macrosistema	50
<b>6.2</b>	<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA DESDE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DEL MODELO ECOLÓGICO</b>	<b>52</b>
6.2.1	Microsistema	52
6.2.2	Componente familiar/pareja	55
6.2.3	Cuidador	56
6.2.4	Exosistema	57
6.2.5	Macrosistema	58
<b>6.3</b>	<b>Programa de intervención psicosocial a pacientes víctimas del conflicto armado que ingresan al hospital universitario del valle Evaristo García</b>	<b>60</b>
6.3.1	Microcomponente	61
6.3.2	Componente familiar/pareja	63
6.3.3	Cuidador	64
6.3.4	Exosistema	65
6.3.5	Macrosistema	66
6.3.6	Evaluación como proceso trasversal a los diferentes procesos de intervención	67
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>73</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>77</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>79</b>

## Lista de tablas

	<b>Pg.</b>
Tabla 1: Ponderables del conflicto .....	19
Tabla 2: Categorías y subcategorías de los componentes de análisis. ....	32
Tabla 3: Aspectos sociodemográficos .....	42
Tabla 4: Tipos de modelos.....	53
Tabla 5: Actividad I .....	62
Tabla 6: Actividad II .....	64
Tabla 7: Actividad III .....	65
Tabla 8: Actividad IV .....	66
Tabla 9: Actividad V .....	67
Tabla 10: Actividad VI .....	68
Tabla 11: Categorías y sistemas.....	69

## INTRODUCCIÓN

*“La experiencia de vulnerabilidad y de peligro, de indefensión y de terror, pueden marcar en profundidad el psiquismo de las personas, en particular de los niños. El espectáculo de violaciones o torturas, de asesinatos o ejecuciones masivas, de bombardeos y arrasamiento de poblados enteros es casi por necesidad traumatizante” Martín-Baró (1990).*

Diferentes dinámicas del contexto social Colombiano en las últimas décadas han posibilitado pensar sobre la reparación de víctimas del conflicto armado interno como garantes de los derechos de justicia, de verdad y de reparación. De aquí, diferentes iniciativas dan paso a dignificar los derechos humanitarios atendiendo a la víctimas de forma integral. LEY 1448 DE 2011 *“por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”*.

Dignificar los derechos de esta población significa devolver sobre ellos sus derechos como agentes activos en la sociedad, sujetos capaces de reincorporarse y agenciar sus vidas. De esta forma, se desvictimiza y se dan las garantías que permitirán la reparación desde una esfera integral que enmarque la salud física, mental y social que promuevan una sana adaptación y el acompañamiento digno contra la violación de los derechos de toda víctima en el marco del conflicto interno armado.

Los diferentes vejámenes a los que han sido sometidos cientos de colombianos han provocado daños materiales e inmateriales, siendo los físicos los más visibles y de mayor atención. No obstante, los impactos psicosociales que son menos cuantificables, dejan secuelas que afectan no sólo la salud mental sino que alteran el orden de los referentes organizativos de la sociedad (valores democráticos, ética de la vida en común, solidaridad, bien común, etc.), sobre la economía, sobre las instituciones y relaciones sociales, y sobre la cultura y sus diferentes manifestaciones. (GMH 2013).

Así bien se afirma en: “¡BASTA YA! Colombia: memorias de guerra y dignidad”. Bogotá, Colombia; Imprenta Nacional.

*“En la guerra pues 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” (Ibáñez, V., 2003).*

De aquí radica la importancia del acompañamiento interdisciplinar y en lo que nos compete como disciplina generar herramientas que permitan la intervención integral a toda víctima del conflicto interno. En esta medida, la implementación de estrategias deberá estar encaminada a la búsqueda del bienestar individual y colectivo, la reconstrucción de tejido social y la atención en salud mental como exigencia para la reconciliación y paz.

Al respecto Ramírez, C (2013) manifiesta:

*“Y es que pasar de un estado de confrontación a uno de convivencia tolerante y solidaria requiere, al menos, desde las perspectivas 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 derivados 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.)”.*

Como parte de la sistematización del programa de intervención psicosocial, se establece la necesidad de herramientas e instrumentos que permitan orientar la atención a víctimas, ajustándose a las normativas de justicia y reparación. Se planea entregar al Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E) un plan de acción que guíe la ruta de intervención,



haciendo mención desde el marco legal hasta la aproximación de intervención psicosocial sobre las secuelas producto de la violación de los derechos fundamentales. El abordaje psicológico tendrá acciones estratégicas que definan los lineamientos a cumplir, vinculando de forma sistemática la atención brindada por el Hospital, adecuándose a especificidades de tipo intercultural y de género de forma individual, familiar y grupal.

Finalmente se plantea un programa de intervención psicosocial que permite la intervención integral de todo individuo que llegue a su proceso de rehabilitación en la UMFR, para este fin se tuvieron en cuenta tres elementos esenciales producto del análisis de necesidades (evaluación inicial):

El primero tiene que ver con la idea de cuestionar el modelo tradicional de intervención en el que se pone como eje central la intervención individual y que se da particularmente en los espacios de atención en salud; este tipo de intervención es el que lidera y abandera los programas de intervención. Para transformar esto se reconoce la necesidad de cambiar la mentalidad sobre los procesos individuales y centrarse en la reflexión alrededor de modelos de intervención más incluyentes que permitan acciones colectivas como modelos que generen mayor recuperación en todas las esferas del individuo. Para esto se planteó el programa desde un modelo ecológico que integre todos los componentes de un individuo y que posibilite el desarrollo de estrategias asertivas para la comunidad en general.

El segundo elemento corresponde al reconocimiento de la necesidad de protocolarizar los procesos, de modo que la intervención tenga objetivos y metas a cumplir, es decir, que la intervención se oriente baso parámetros establecidos en función de propósitos y tiempos.

El tercer elemento está definido en la necesidad de repensar la psicología como una disciplina integradora y no como disciplina aislada que no tiene en cuenta la historia y ecología del individuo.

El programa presenta un reto a todo nivel, el primero implica un cambio en la mentalidad de los interventores, el segundo un cambio en la forma de intervenir con esta población y el tercero la posibilidad de rehabilitación como espacio académico y de divulgación de los procesos de intervención que actualmente se llevan a cabo y que lo inscriben como agenciador de políticas de intervención diferentes a las tradicionales en el marco del post conflicto.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente trabajo de grado se diseñó un programa de intervención psicosocial a víctimas del conflicto armado que ingresan al Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E) en la ruta de atención diferencial a este tipo de población, como medida de rehabilitación y reparación por las graves violaciones de los Derechos Humanos a los que fueron sometidos.

Actualmente se dispone de un equipo interdisciplinar en la Unidad de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E) especializado en la atención física y psicosocial de esta población como lo dispone la LEY 1448 DE 2011 *“por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”*. No obstante, la implementación de un programa psicosocial no se encuentra establecido como plan de intervención, por lo que el quehacer psicológico se reduce a la atención de consultorio, sin constancia de los resultados de reparación de la integridad psicológica, moral y social en los procesos de atención individual, familiar y grupal.

De ahí se establece que es necesario la configuración de programas que doten con herramientas al personal especializado de las instituciones que reciben las víctimas del conflicto interno, con rutas claras de intervención psicosocial encaminadas a garantizar la atención integral en salud física, mental y social, mitigando el impacto y daño a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación con los hechos de violencia que han sufrido las víctimas del conflicto armado interno. Oficina de promoción social (2012).

De acuerdo con lo anterior, el diseño de un programa de intervención psicosocial se debe adaptar al contexto hospitalario encaminado a restablecer el bienestar social e individual de esta población.

## **1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué aspectos y criterios estandarizados deben ser implementados en un programa de intervención psicológica para víctimas del conflicto armado en la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital Universitario del Valle para que esta intervención propicie la reparación psicológica, desde una perspectiva psicosocial?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento de justicia y paz, y el intento del gobierno por restablecer el orden social y la dignificación de los derechos humanos deberían partir de una iniciativa de recuperación emocional y social debido a la invisibilidad de los daños psicosociales. Las políticas públicas como ejes fundamentales en el accionar de los derechos de las víctimas deberán atender a las necesidades no sólo en salud física sino también en salud mental y social, al igual que el agenciamiento de las víctimas como sujetos activos en la recuperación y la construcción de tejido social.

Por tanto, el presente trabajo se acoge a las políticas públicas propuestas desde el Ministerio de Salud y Protección social y la Ley 1448 de 2011, mediante la implementación de un programa de intervención psicosocial a víctimas del conflicto armado. Así, el programa tiene como objetivo orientar y atender bajo criterios estandarizados que se traduzcan en herramientas indispensables en el abordaje a toda víctima del conflicto interno en nuestro país. Actualmente, el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E) presta sus servicios a este tipo de población con un equipo interdisciplinario como unidad de atención integral a víctimas de hechos violentos en rehabilitación. Sin embargo, predomina la visión biológica en la atención, ignorándose que esta institución puede ofrecer a la población que atiende formas de intervención más eficientes y eficaces que puede conducir a una mayor capacidad de afrontamiento de quienes han sufrido las consecuencias directas del conflicto interno político que tiene Colombia.

El presupuesto establece entonces el rediseño del programa de intervención psicológica a víctimas del conflicto armado que se realiza en la unidad de medicina física rehabilitación, que integre las esferas individuales y sociales bajo un modelo ecológico, para que pueda regir por pautas comunes y una filosofía de intervención unificada que permita garantizar la atención clínica adecuada tanto para los aspectos físicos como psicosociales

y morales del paciente, mitigando en forma más eficaz los impactos y daños psicosociales que produjo el conflicto armado.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar los aspectos y criterios estandarizados que deben ser implementados en un programa de intervención psicológica para víctimas del conflicto armado en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle para que esta intervención propicie la reparación psicológica, desde una perspectiva psicosocial.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar las necesidades de la población víctima del conflicto armado que son atendidas en el Hospital Universitario del Valle.
- Evaluar el modelo de atención que se implementa a las víctimas del conflicto armado en la unidad de medicina física y rehabilitación en el Hospital Universitario del Valle
- Realizar una propuesta de mejoramiento y desde una perspectiva psicosocial, del programa de atención psicológica que se lleva a cabo en la unidad de medicina física y rehabilitación en el Hospital Universitario del Valle.

## **4. MARCO REFERENCIAL**

### **4.1 ANTECEDENTES**

Colombia es un país que ha librado sus luchas durante años y la población civil ha quedado en medio del fuego cruzado sin tener más alternativa que someterse a diferentes vejámenes que ya he expuesto con antelación, vivimos actualmente el conflicto aunque se hable y se refrende la idea por la paz. Un país de violencia que somete a su gente directa o indirectamente a la destrucción de tejido social, a sentimientos de desolación y desesperanza, entre otros.

Los intentos por la construcción de paz son esfuerzos en conjunto por salvaguardar una nación doliente que necesita dignificar los derechos que han sido arrebatados por tanto tiempo. Las políticas públicas han dado un empujón para que los profesionales nos intereseamos por generar propuestas de resolución de problemas y somos los psicólogos los llamados como profesionales de la salud mental encargados de realizar iniciativas de reparación y reconciliación.

De acuerdo con las investigaciones encontradas existe un interés prioritario por la atención de las víctimas, no sólo por el marco legal y normativo en que se inscriben sino por las repercusiones sobre la salud mental, emocional, social, etc. Es importante reconocer el accionar psicológico en su constante preocupación por el bienestar integral de los sujetos enfrentados a situaciones de vulnerabilidad, de aquí nace la iniciativa por diseñar un programa de intervención psicosocial que permita brindar una atención integral dotando a las víctimas de recursos psicosociales que permitan el afrontamiento y la resignificación de los hechos traumatizantes, desvictimizando y brindando la oportunidad de que cada sujeto pueda ser actor social participativo en la construcción de justicia, de verdad y de reparación.



Las diferentes investigaciones que se encontraron exponen claramente los efectos negativos del conflicto armado y las repercusiones de este sobre la vida de las víctimas, en los resultados se encuentra un panorama desolador en la medida que se convierte en una problemática de salud pública. De esta manera, las iniciativas en intervención psicosocial le dan un giro a este panorama desolador brindando espacios de reconciliación, construcción de tejido social y agenciamiento de sus vidas.

Se encontraron siete investigaciones de las cuales la mayoría argumentan el impacto emocional y social sobre las víctimas efecto del conflicto armado interno, se establecen entre los principales trastornos el TEPT, la depresión mayor, riesgo suicida, trastorno de estrés generalizada, además de disfunción familiar o problemas de en la red de apoyo primaria, problemas económicos entre otros.

De acuerdo con el estudio realizado por Alzate, M., Duran, M., Y Sabucedo, J. (2009), en el que se pretendía explorar variables psicosociales que podrían contribuir a la transformación constructiva de un conflicto socio político violento, en una población civil que está dentro del conflicto, encontraron que una serie de representaciones inevitablemente contribuyen a facilitar o dificultar las soluciones pacíficas al conflicto violento, debido a que estas representaciones tienen una relación dinámica con factores históricos, culturales, materiales, etc. De esta manera, este estudio nos muestra como depende de la combinación de algunas variables (actitud negociadora, la confianza, la legitimidad y el conocimiento del otro) que existen perfiles psicosociales con mayor o menor tendencia a la reconciliación.

Son diversos los temas tratados en las investigaciones, estos temas van desde las representaciones sociales sobre el conflicto, pasando por el estado de salud mental de la población víctima, el impacto de este sobre la familia, sobre si, sobre la sociedad y por supuesto la memoria y reparación

como instrumentos de transformación. Cada una en si misma encierra un objetivo general y es precisamente el reconocimiento del impacto sobre las víctimas, la familia y la sociedad. De aquí la importancia de programas que permitan abarcar esta problemática, encaminados a la reparación dentro del marco legal de verdad, justicia y reparación.

Cada investigación que se recogió aporta metodológicamente un abordaje de tipo mixto, debido a la necesidad de explorar tanto cualitativa o cuantitativamente el fenómeno a estudiar, esta concepción holística del fenómeno nos indica que se debe tener una perspectiva amplia que incluya una mirada analítica y descriptiva que se desarrolla en un plano teórico-práctico, con incidencia en el quehacer psicológico.

Las herramientas encontradas en las diferentes investigación, al igual que los datos sobre incidencia del fenómeno en la salud mental, nos muestra un camino recorrido que anudado a los intentos de reparación sirven de base en la construcción del presente trabajo y sustenta la necesidad de programas en la atención integral.

Actualmente el Hospital Universitario del Valle atiende la población víctima del conflicto armado desde su entrada a urgencias hasta su proceso de rehabilitación, siendo el acompañamiento psicológico transversal a todo su proceso pero limitándose al trabajo de consultorio. Este trabajo aunque muy importante en el contexto donde se enmarca deja por fuera otras oportunidades de atención grupal, familiar y de construcción de paz. De aquí nace la necesidad de realizar un programa de intervención psicosocial que oriente la forma de abordar el sujeto y que brinde espacios de transformación y de construcción.

## 4.2 MARCO TEÓRICO

A continuación se dará a conocer los constructos teóricos que se utilizaron en el Diseño de un programa de intervención Psicosocial a víctimas del conflicto armado atendidos en el Hospital Universitario del Valle

### 4.2.1 Contexto de guerra y política: un escenario Colombiano

La violación de los derechos humanos forma parte de la vida cotidiana de cientos de colombianos que en el día a día se ven enfrentados a un conflicto interno armado que lleva más de 50 años en una lucha por el control territorial y militar. Nuestro país azotado por una oleada de violencia protagonizada por la fuerza pública, las guerrillas quienes son grupos al margen de la ley: las FARC EP y el ejército de liberación Nacional ELN y los paramilitares grupos que se conformaron con civiles y quienes el estado en algún momento de la historia autorizó; son actores de graves hechos violentos que legitiman un pueblo que ha sido degradado por la guerra librada entre estos múltiples actores. Al 10 de diciembre de 2013 el Registro Único de Víctimas reportó que 5.966.211 son las víctimas registradas desde 1985 hasta la fecha. Diferentes hechos han sido clasificados desde la Unidad para la Atención y Reparación Integral dentro de la violación a los derechos humanos, estos son los datos arrojados actualmente. La tabla No. 1 muestra los ponderables en cifras del resultado de la guerra y el conflicto armado.

**Tabla 1: Ponderables del conflicto**

Características	Cifras
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	7.169
Acto terrorista	50.528
Amenaza	105.656

Continuación de la tabla No. 1

Características	Cifras
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	3.586
Desaparición forzada	99.431
Desplazamiento	5.185.406
Homicidio	<u>699.350</u>
Minas Antipersonal	10.313
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	77.676
Secuestro	<u>31.724</u>
Sin información	9.078
Tortura	9.765

Fuente: Conceptos de registro único de víctimas, fuente RNI – Red Nacional de Información. Fecha de corte 10 de diciembre de 2013.

En Colombia se entiende como víctimas a todas aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1ro de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifestaciones a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno, Glosario Unidad de víctimas (2011). Por tal razón, la asistencia en salud mental tendrá un enfoque psicosocial que permita mitigar el impacto no sólo en salud mental sino también permita la dignificación de los derechos y la adaptación al contexto garantizando la integridad psicológica, la reinserción a la sociedad y la capacidad para agenciar su vida.

Las víctimas deberán ser atendidas con un enfoque diferencial que permita la caracterización de las particularidades en cuanto a su ciclo vital, género, pertenencia a grupos Étnicos, discapacidad, hechos victimizante, procedencia geográfica. Las disposiciones contempladas en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 reconocen estas particularidades y pone de manifiesto la necesidad de reconocer, comprender y analizar el fenómeno indicando las especificidades de cada víctima.

La atención integral con enfoque psicosocial considera la necesidad de una lectura holística del fenómeno a intervenir, las incidencias emocionales y sociales serán abordadas en el proceso terapéutico reparando los impactos en la vida por los hechos de violencia generados en el marco del conflicto armado interno. De acuerdo con el glosario propuesto por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas la atención psicosocial abarca los procesos articulados de servicios que buscan mitigar, superar y prevenir los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida en relación, generados a las víctimas, sus familias y comunidades por las graves violaciones de los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

De esta manera, se plantean varios objetivos en el programa:

- Mitigar el impacto psicológico, moral y social de las víctimas
- Lograr la adaptación al medio/contexto actual
- Identificar los recursos y capacidades propias de la víctima, de sus familias y de los grupos para potencializarlos de manera que puedan ser resilientes
- Iniciar un proceso reparador que dignifique el agenciamiento de su vida y renueve su proyecto de vida.

El programa consta de un componente principal que es la intervención psicosocial que se traducen en intervenciones individuales, familiares y grupales a partir de una evaluación y posterior diagnóstico. Este programa tendrá como eje principal los lineamientos a seguir por el personal especializado en la reparación integral de las víctimas, identificando los daños e impactos psicosociales sufridos en el marco del conflicto armado, siendo el punto de partida para la intervención psicosocial. Diferentes diagnósticos debe ser evaluados, tales como: duelo, trastornos depresivos, trastornos adaptativos, depresiones y trastornos del estado de ánimo; al igual que el impacto en el proyecto de vida, la integridad moral, la adaptación al medio, los ajustes vitales del contexto, la familia y la sociedad, etc.

#### **4.2.2 Las víctimas del conflicto.**

El reconocimiento de los derechos humanitarios de las víctimas en Colombia ha sido un tema que se ha venido trabajando recientemente. Las leyes de justicia y paz han sido iniciativas de los últimos dos gobiernos Nacionales, lo cual ratifica su compromiso 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 anhelando la reparación física, psicológica, social y moral de las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Desde hace más de 50 años diversas regiones del país han sido testigos 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 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. En este orden de ideas nuestro país ha estado azotado por una oleada de violencia que ha dejado como resultado desplazamientos forzados, masacres, secuestros, desapariciones, abusos sexuales entre otros vejámenes consecuencia de una guerra interna que no diferencia entre edad, género, religión o estrato social.

Es así como el Registro Único de Víctimas RUV al 31 de marzo del 2013, afirma que hay 25.007 desaparecidos, 1.754 víctimas de violencia sexual, 6.421 niños, niñas y adolescentes reclutados por grupos armados, y 4.744.046 personas desplazadas. 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 Antipersonal (PAICMA) reporta 10.189 víctimas de minas antipersonal entre 1982 y 2012.

Según declaraciones del ex vicepresidente Angelino Garzón, “En Colombia la violencia deja cerca de 3.600.000 víctimas cada año”, podríamos concluir que pese a la implementación de las estrategias de reconciliación y paz, las cifras continúan siendo alarmantes.

Las repercusiones sobre la salud de gran parte de las víctimas del conflicto armado se han acentuado no sólo en el deterioro físico, sino que también la salud mental y por supuesto en su esfera social. De acuerdo con el informe presentado por Médicos Sin Fronteras sobre conflicto armado y salud mental en Caquetá (2010) los diagnósticos clínicos propios de los contextos de guerra, como por ejemplo, el duelo o los trastornos depresivos, estuvieron representados con alta frecuencia en los 5.064 pacientes tratados por MSF, 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 sólo representan una pequeña porción de una problemática a nivel nacional sobre la salud mental que debe ser atendida en pro de minimizar el impacto psicológico en la población afectada.

Lo anterior, sugiere la necesidad de crear programas de intervención psicosocial que doten de herramientas al personal encargado de la reparación de las víctimas en las diferentes instituciones que se atiendan dicha población. Estos profesionales de la salud juegan un papel importante dentro de la reparación que se pretende hacer con las leyes de justicia y paz, ya que la salud psicosocial de las víctimas es una problemática silenciosa que puede incidir de forma negativa en el intento que se hace por reparar estas víctimas. De esta forma, se hace necesaria la implementación de políticas públicas sobre salud mental y social que garanticen y promuevan servicios encaminados al bienestar de la población más vulnerable del territorio nacional.

El marco legal propone el acceso a servicios de atención en salud y rehabilitación, lo cual es parte fundamental de la ruta atención integral a las víctimas promoviendo sus derechos y obligando a las entidades del estado a brindar la asistencia integral en aras de un mayor acceso a la rehabilitación, indemnización y asistencia humanitaria, que está amparada bajo la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y Sus Decretos Reglamentarios. LEY 1448 DE 2011 *“por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”* .

Todas las instituciones del estado deben prestar los servicios de atención no sólo médica sino también psicológica, es por esto que la ruta de atención integral en salud y rehabilitación estará presente en cada etapa de atención por la asistencia psicológica. Los lineamientos para la prestación de este servicio se han venido trabajando desde diferentes enfoques y desde diferentes instituciones, promoviendo la salud mental de las víctimas, encaminadas a la reparación y reconciliación del plan de acción que promueve el Gobierno Nacional, esta recuperación emocional deberá refrendar la dignidad frente a la sociedad y restablecer el orden social evitando una problemática de salud pública.

#### **4.2.3 Psicología como instrumento al servicio del bienestar**

La propuesta de un programa de intervención psicosocial para el Hospital Universitario del Valle se encamina al fortalecimiento de estrategias que permitan contribuir en la solución de la actual problemática que nos compete, tanto como ciudadanos colombianos como profesionales en la salud. Este esfuerzo por promover el bienestar de los sujetos se convierte en el pilar del accionar psicológico de la mejora social, entendiendo la intervención psicosocial como “el estudio de las intervenciones centradas en procesos psicosociales capaces de generar cambios en la interacción social con el



propósito de incrementar nuestro conocimiento sobre dichas interacciones y nuestra capacidad de modificarlas, para contribuir a la solución de problemas sociales y promover un incremento del bienestar tanto individual como colectivo” (Hernández y Varela, 2001, p.56). Esta intervención psicosocial comprende una serie de acciones planificadas que dan respuesta a una problemática particular, detectando necesidades y poniendo en práctica un accionar que ejecute y finalmente arroje unos resultados esperados. En este sentido, “se requiere del camino de nuestras conductas y de nuestras instituciones sociales. Como ciencia directamente implicada en los procesos conductuales y sociales, es esperable que la psicología lidere la búsqueda de nuevos y mejores escenarios personales y sociales” (Miller, 1969, p. 1063).

Orientar la intervención hacia metas que supongan transformaciones sociales implica que se le da un lugar al sujeto frente a su problemática, agenciando y posibilitando cambios no sólo a nivel personal sino también a nivel familiar y social. Estos programas obedecen metodológicamente a planes diseñados, implementados y evaluados a través de los cuales se promueven el bienestar social, desde esta percepción encontramos una definición que se ajusta a las necesidades del accionar psicológico expresada por (Kelly, et al. 1977, p.327) según el cual la intervención psicológica son “Acciones planificadas en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal, y promover el bienestar de la comunidad” (Kelly, et al. 1977, p.327).

La evaluación de programas responde a las necesidades del problema y establece la capacidad que tiene este de mejoras, orientada a valorar la calidad y los logros de un programa, será de acuerdo a los resultados encontrados que un programa podrá profundizar en el tema respectivo, priorizar temas, posibles cambios metodológicos y teóricos, y finalmente saber si la recogida de los datos es válida y fiable. Rossi & Freeman (1989) nos dirán al respecto que la investigación evaluativa se da a la tarea de estudiar la intervención social en sus circunstancias políticas y organizacionales de modo que pueda obtenerse juicios fundamentados sobre

la necesidad de realizar una intervención, así como sobre el diseño, implementación, impacto y eficacia de los programas que se centran en esa necesidad.

#### **4.2.4 Reparación psicológica**

El propósito fundamental que el Estado adopta para la atención a víctimas es la reparación integral. Según 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 propuestas desde el Gobierno Nacional. La reparación, afirma Barestein (2008), *“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 lo siguiente:

*“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). (p. )*

Estas medidas permitirían enfrentar las consecuencias de las violaciones, restituir un estado de bienestar y restablecer las condiciones psicosociales. Lo que cabe destacar en la descripción que se hace de estas medidas es que exceden, como lo señaló en su debido momento la corte constitucional en la sentencia T-458 de 2010, *“la visión meramente económica de la participación de las víctimas dentro de los procesos llevados contra los responsables del daño, y debe abarcar todos los daños y perjuicios sufridos por la víctima a nivel individual y comunitario”* (ILSA, 2012, p.52). 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”* (ILSA, 2012, p.52).

Esto lo precisa de un modo muy claro el informe del Equipo de Salud Mental del CELS de Argentina que trata con esta problemática. 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 ante, sino que se reconstruye otra cosa, algo nuevo (Laplanche, 1984). 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 irremediablemente. Esta es la diferencia fundamental entre *“reparación de algo”* y *“reparación a alguien”* (Equipo de Salud Mental del CELS, 2000).

Y en segundo lugar, es simbólica porque el acto reparatorio abre un trabajo de simbolización que es absolutamente íntimo y singular y no depende del accionar institucional 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 dinámico” (Alonso, citado por Equipo de Salud Mental del CELS, 2000).*

En otras palabras,

*“La reparación simbólica, por el contrario, 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” (Equipo de Salud Mental del CELS, 2000).*

Y es principalmente en esa dimensión de orden simbólica en que puede operar las instituciones de salud en torno a esta cuestión. Por supuesto, una institución como un hospital es muy poco lo que podría realizar en torno a 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 sobre lo que podría hacer una institución de salud por la reparación de la víctimas se mantendría aun considerando los inestimables procesos de intervención médica que estas instituciones desarrollan para salvar la vida de víctimas de 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 es proporcionalmente muy pequeño en comparación con la gran masas de víctimas que no han quedado con estas secuelas, y en cambio, si 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 las personas, que es fundamentalmente simbólica y que supone ante todo un clamor de justicia. La reparación que se puede tramitar en las instituciones de salud, más que procurar tratar de eliminar la locura que se incorpora en la mente y en el cuerpo de una víctima del conflicto armado, lo que debe posibilitar es hacer 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 sólo no tienen lugar la reparación psíquica y moral del daño, sino que además puede producirse mayores conflictos hasta producir un plexo conflictividad 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 desgarradas es posible, pero sólo una vez que el culpable es juzgado” (Boris Cyrulnik, citado por Equipo de Salud Mental del CELS, 2000).*

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, en tanto seres humanos, que trae consigo consecuencias negativas en la vida de estos sujetos. 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 la restauración de los derechos humanos, a mitigar el impacto, a restituir y dignificar las víctimas, en un intento por reparar lo irreparable. Y se habla de reparar lo irreparable ya que en gran medida muchas de las atrocidades a las que han sido sometidas las víctimas no tienen forma de repararse o recuperarse (muerte de seres querido, graves violaciones de los derechos humanos, etc).

Las formas de atención clínica clásicas no son las más adecuadas con esta población ya que tienen a estigmatizar y etiquetar por lo que es de vital importancia recoger un enfoque integral en el que se pongan de manifiestos aspectos importantes como el enfoque diferencial y el enfoque de derechos humanos que reconoce la diversidad de los daños, la multiplicidad de las prácticas de las comunidades y su importancia en la recuperación psicosocial.

Por esto es importante entender el sentido de lo simbólico en la recuperación de las víctimas. Simbolizar el sufrimiento obedece a una forma de tramitar aquel daño. 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 familiares, sino un horror que debe ser asumido por el conjunto de la sociedad”*.

Ahora bien, la reparación que se busca en un modelo de intervención psicosocial en instituciones de salud pretende que el estatuto jurídico de víctima con que se inscribe los sujetos que participan en el programa de intervención se modifique a otro estatuto que le permita a esta población reconocerse como sujetos sociales y políticos, con derecho a existir, con un presente digno, seguro, y con la capacidad subjetiva y las garantías estatales de que podrán trazar un futuro conforme al sistema de valores culturales que los han caracterizado en su existencial 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 pudo haber sido sometido.

El estatuto de “sobreviviente” obliga al agente de salud a ver, antes que patologías, potencialidades que promueven formas de resiliencia y de adaptación a los nuevos contextos. Implica la promoción de aquello que “se tiene” y no de aquello que “carece” o que “perdió”, indagándose por las características individuales, sociales y culturales que favorecen el desarrollo de cualquier ser humano en un contexto de vulnerabilidad. 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 al igual que resistir; enseña 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).

#### **4.2.5 El modelo ecológico en la intervención psicosocial**

La población en condición de víctima que es atendida de forma integral tiene ciertas características que lo inscriben en condición especial y que por esta razón el proceso de atención y acompañamiento es prioritario y especial.

Para analizar el perfil del paciente víctima y el modelo de intervención propuesto por la UMFR se propone el modelo ecológico de Bronfenbrenner. En este modelo se intenta explicar el desarrollo del ser humano a través de la relación entre los ambientes que le rodean y el modo en que éste opera y se relaciona con él.

*“La perspectiva eco sistémica nos permite conocer las interacciones entre los microsistemas de las personas y, por tanto, dónde y cómo surgen las redes de apoyo social, como funcionan y que papel podemos jugar los profesionales en y con ellos”* (Garbanino, 1985).

Desde una perspectiva psicosocial en la atención integral de las víctimas se reconoce que los impactos psicosociales pueden darse en varios niveles, a continuación se plantearan estos niveles desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, estableciendo con ello categorías y subcategorías de análisis. La tabla No. 2 muestra los componentes con categorías y subcategorías.

**Tabla 2: Categorías y subcategorías de los componentes de análisis.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>GENERALIDADES</b>
<b>MICROSISTEMA</b>	Es el nivel más cercano al sujeto y se incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos (Bronfenbrenner, 1976, 1977).
<b>COMPONENTE INDIVIDUAL</b>	Conjunto de características que intervienen en el desarrollo del sujeto, en ellas se pueden encontrar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de vida: Remite a la narrativa que arma un sujeto cualquiera sobre las experiencias vividas</li> <li>• Ciclo vital</li> <li>• Género</li> <li>• Condiciones de salud</li> <li>• Mecanismos de afrontamiento (debilidades/fortalezas)</li> <li>• Condiciones psicosociales (personalidad, valores, actitudes, prejuicios, percepción de su situación, reacción ante la situación, etc)</li> </ul>
<b>COMPONENTE FAMILIAR</b>	La familia como red de apoyo y estructura de sociedad. Grupo familiar más cercano. Los aspectos a considerar son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas familiares</li> <li>• Crianza de los hijos</li> <li>• Roles</li> </ul>
<b>COMPONENTE RELACIONAL</b>	Conjunto de sistemas de apoyo más cercanos a estas personas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de Pareja</li> <li>• Aspectos relacionales – Amigos</li> </ul>
<b>EXOSISTEMA</b>	“Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (Bronfenbrenner, 1979, pp 44).
<b>COMPONENTES SOCIALES</b>	Conjunto de relaciones sociales entre individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí, para conformar una sociedad. <p><b>Redes sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones con el ámbito hospitalario: Grupo interdisciplinar, pacientes, compañeros atendidos (otros sujetos víctimas del conflicto)</li> <li>• Entorno institucional: Trabajo/escuela/iglesia a la que asiste</li> <li>• Entorno institucional gubernamental que lo apoya</li> <li>• Comunidad a la que pertenece (redes de su contexto social)</li> </ul>
<b>MACROSISTEMA</b>	Finalmente, y situándonos en un plano más distante pero igualmente importante, es necesario tomar en consideración la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel cultural del país</li> <li>• Marcos de referencia (actitudes, creencias, identidad)</li> <li>• Relaciones institucionales</li> </ul>
<b>COMPONENTES CULTURALES</b>	Se refiere a la forma de ver el mundo, abarca las distintas formas y expresiones de una sociedad, en ellos se reconocen sistemas de creencias, valores propios y formas simbólicas. Por lo tanto, las costumbres, las prácticas, creencias y marcos de referencia están inmersos en este componente.



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Política Salud pública del país hacia la persona víctima del conflicto</li><li>• Sistema Educativo</li><li>• Costumbres y prácticas</li><li>• Procesos de aculturación</li></ul>
--	--

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.2 TIPO DE ESTUDIO**

Tuvo un corte descriptivo y evaluativo ya que sometió a estudio las necesidades y limitaciones de la intervención actual, que sirvió para obtener información sobre la eficacia, la efectividad, el costo-beneficio entre otros. La evaluación se llevó a cabo por etapas o ciclos (diagnóstico y diseño). Esta evaluación fue una herramienta fundamental para iluminar la toma de decisiones en ejecución de los programas e intervenciones, desde su concepción y diseño hasta su posterior valoración en términos de logros e impactos (Montero, 2004: 2).

Para el planteamiento de la propuesta se definieron tres (3) categorías de análisis de acuerdo al modelo ecológico. Este modelo plantea la necesidad de incluir los componentes individual, social y cultural dentro de los procesos de reparación como ejes centrales del programa. De este modo, se entiende el programa como un proceso capaz de integrar la recuperación Bio-psico-social.

### **5.3 PARTICIPANTES**

- Todo pacientes que inicie su proceso de rehabilitación en la UMFR por hechos violentos enmarcados en el conflicto armado.
- Interventores, es decir, personal de la salud encargado de los procesos de rehabilitación y reparación integral.
- Instituciones y demás entes que se interesen por los procesos de intervención y divulgación del programa implementado.

## **5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Fueron varias las técnicas empleadas.

- Entrevistas. Las entrevistas se realizaron a personal de salud de la unidad de rehabilitación y medicina física.
- Revisión documental. Esta revisión fue parte fundamental como fase del proceso diagnóstico. Los procesos que se desarrollan en la unidad fueron contrastados con lo que la literatura indicó se podía y se debía hacer. De esta manera, surgieron las propuestas a implementar en la UMFR

## **5.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El análisis de la información se realizó a través de:

- Análisis de necesidades (evaluación inicial del programa actual), este primer análisis se realizó a través tres (3) categorías acordes al modelo ecológico, el cual consiste en un primer nivel que es el más cercano al individuo llamado microsistema, un segundo nivel conformados por las redes sociales llamado exosistema y un nivel mayor que incluye la dinámicas culturales y de identidad llamado macrosistema. Este análisis se llevó a cabo a través de la recolección cualitativa de entrevistas y el proceso de intervención en el año de práctica, también a través del análisis cuantitativo de datos que corresponden al perfil de las víctimas atendidas en la UMFR.

## 5.6 PROCEDIMIENTO

Este trabajo de grado se desarrolló en tres (3) fases:

*Primera fase:* Diagnóstico de necesidades

Se utilizaron instrumentos de corte cuantitativo y cualitativo que permitieron evaluar las necesidades en todos los componentes del individuo a través de categorías de análisis, de esta forma, se logró caracterizar las necesidades que determinaron el plan de mejoramiento a los procesos de intervención.

Se utilizaron las entrevistas realizadas a interventores, la experiencia en campo durante el año de práctica con esta población y por último los diferentes datos estadísticos que se lograron recoger por parte del área de trabajo social.

*Segunda fase:* Se realizó un análisis de las diferentes propuestas de intervención que se han realizado a lo largo del territorio nacional y se comparó con la propuesta de intervención de la UMFR. De esta forma, se sondearon modelos, protocolos y rutas implementadas en otros espacios, que sirvieron de base para el posterior diseño del programa. La recolección de literatura se hizo a través de tesis y artículos sobre programas y formas de intervención con víctima del conflicto armado interno de Colombia, esta recolección ayudo a entender que se está haciendo y que faltaba en los procesos de intervención.

*Tercera Fase:* Se realizó el diseño de un programa de intervención psicológica para pacientes víctimas del conflicto armado. En esta fase se tuvo en cuenta los diferentes procesos que han sido llevados a cabo en diferentes momentos y lugares, además del análisis de necesidades propuesto en la primera fase.

Por último se realizó el análisis de los datos necesario, redacción del texto y discusión de resultados para culminar el escrito final de la investigación y establecer las conclusiones.

## **6. ANALISIS DE RESULTADOS**

A continuación se elaborará una presentación de los resultados a partir tres categorías de análisis (microsistema – exosistema – macrosistema) retomadas del modelo ecológico, en primera instancia se realizará una caracterización del perfil del paciente víctima, posterior a esto se retomara lo que se ha hecho a partir de la literatura encontrada y finalmente se presentara la propuesta de intervención psicosocial.

### **6.1 Perfil paciente víctima del conflicto armado atendido en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E)**

A partir de las categorías que ya fueron mencionadas en los constructos teóricos, se establecerá el perfil del paciente, víctima del conflicto armado atendido en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (E.S.E).

#### **6.1.1 Microsistema**

- **Componente individual:**

En este apartado analizamos aspectos asociados a Ciclo vital, género, las condiciones de salud, impactos en el ámbito individual, capacidades y recursos particulares, características psicológicas y el devenir de la historia personal.

Estas categorías instauran en el análisis de necesidades la posibilidad de comprender los impactos psicosociales y los lineamientos que se establecen para mitigar el daño de las víctimas que asisten a sus procesos de rehabilitación en la UMFR.

Muchos de estos sentimientos negativos que se producen alrededor de un hecho violento desencadenan aspectos psicopatológicos, en las intervenciones realizadas en la UMRF se encontraron aspectos tales como:

- Depresión
- Estrés post traumático
- Ideación suicida
- Pensamientos obsesivos y actos compulsivos
- Impulsos agresivos
- Problemas asociados a memoria
- Crisis de pánico
- Malas elaboraciones de duelos
- Trastornos del sueño y el apetito

Se encontró que la persistencia de estos síntomas dificultan los procesos de rehabilitación (física-social-individual) y ponen de manifiesto el riesgo del paciente víctima a perder su proyecto de vida sino se da un acompañamiento adecuado que responda a sus necesidades particulares. De este modo, se debe establecer el tipo de daño causado por este tipo de violencias siendo el primer paso en la consolidación del plan de acción, permitiendo el acompañamiento, la orientación y transformando de los impactos emocionales, potencializando los recursos subjetivos.

Se encontró que este paciente víctima obedece a lógicas de condiciones de vulnerabilidad, en estado de inestabilidad emocional y con respuestas poco asertivas frente a su situación (Se observan dificultades a la hora de tomar decisiones que competen a la vida cotidiana, desde cómo organizar conflictos individuales, familiares hasta como llevar su proceso de recuperación). La persistencia de secuelas físicas desencadena sentimientos de minusvalía y depresión que afectan su recuperación física.

Dentro de la UMRF estos sentimientos y condiciones psicopatológicas son trabajados desde una perspectiva de la clínica tradicional (enfocados en desaparecerlos, patologizando y olvidando el carácter social y la necesidad

de desprivatizar el dolor de las víctima). La perspectiva de clínica individual como se menciona anteriormente obedece a lógicas patologizantes y se interviene sobre las “patologías” que presenta el paciente, de esta manera se descontextualiza el devenir de los hechos y las implicaciones que un marco de violencia enlaza no solo a nivel individual sino en el bienestar psicosocial (Individual-familiar- comunitario-social).

Frente a estas características la UMFR ofrece en su programa la atención psicológica a partir de la relación terapéutica paciente – terapeuta en una intervención donde se evalúa el paciente a través de la caracterización patológica, es decir, se atiende como cualquier otro paciente en la medida que su proceso de intervención no obedece a lógicas de intervención psicosocial sino a lógicas de intervención psicoterapéutica. La evaluación de necesidades no es dada desde un análisis de necesidades a partir un enfoque diferencial sino que es dada a partir de parámetros psicopatológicos propuestos desde el manual DSM IV.

No se tiene personal en el área de psicología capacitado en el acompañamiento psicosocial siendo necesaria la implementación de estrategias que promuevan la educación y el desarrollo de fortalezas en este campo. Por el contrario, se trabaja desde el desconocimiento de los estándares mínimos de calidad exigibles para este tipo de intervención, se desconocen principios básicos como los que establece la Constitución Política de Colombia, la Ley 1448 de 2011 y la ley 1438 de 2011 donde instaura principios generales que orientan el accionar de la intervención a esta población como normas básicas de todo atención psicosocial:

1. Acción sin daño
2. Dignidad
3. Principio de Buena Fé
4. Enfoque diferencial
5. Enfoque psicosocial



De aquí la importancia de entender el impacto social y sus implicaciones no solo en sujeto y su particularidad sino en un orden social que afecta diferentes esferas de la vida del sujeto víctima. Si bien este impacto recae directamente sobre la salud física y /o mental del sujeto, es necesario tomar acciones psicosociales que reconozcan la importancia del acompañamiento individual, familiar y social que lo desligue de la condición de enfermedad (trastorno mental) y que lo inscriba en la condición social que lo dignifica como sujeto de derechos y que promueve sus capacidades de afrontamiento. De esta manera, los procesos de intervención llevados a cabo en la UMFR necesitan un plan de mejoramiento que incluyan dentro de la intervención los lineamientos mínimos de atención propuestos desde diferentes autores y directamente desde el gobierno nacional.

### **6.1.2 Condiciones de salud física**

Se reconoce en los pacientes víctimas atendidos en la UMFR muchos temores frente a los procedimientos (cirugías, terapias, etc.) que se llevan a cabo durante la recuperación del paciente víctima, muchos de ellos no entienden estos procesos y las implicaciones, siendo el miedo y la incertidumbre sentimientos que prevalecen en la atención a los pacientes víctimas del conflicto armado atendidos en UMRF. De esta forma, la incertidumbre y el miedo son sentimientos arraigados frente las indicaciones médicas, ya que no se tienen rutas establecidas que puedan educar al paciente frente a todos los procesos médicos que se pueden presentar.

Hace falta el establecimiento de pautas claras, que sean de comprensión para cualquier paciente víctima de los procesos y procedimientos médicos que se lleven a cabo en la recuperación de estos pacientes.

### 6.1.3 Ciclo vital – género

Las víctimas que son atendidas en la UMFR en su mayoría son pacientes hombres en un rango de edad que oscila entre los 19 y los 60 años, edad productiva donde se desarrolla el proyecto de vida.

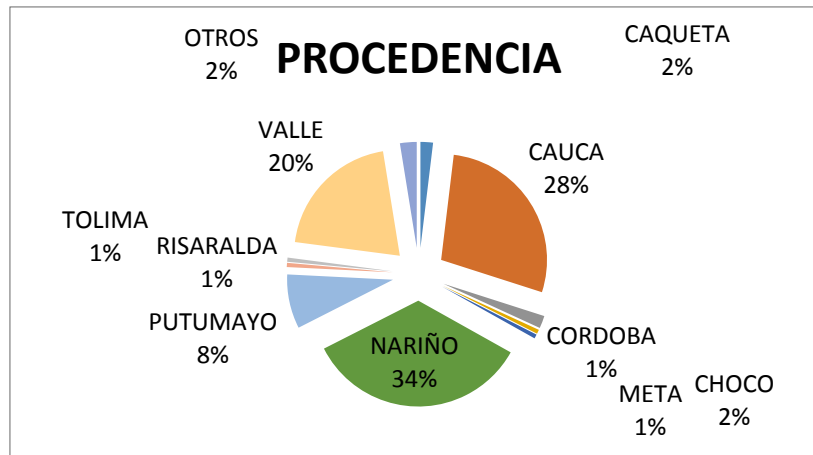
**Tabla 3: Aspectos sociodemográficos**

		Total
1-5 años	N	1
	%	0,6
6-12 años	N	11
	%	7,0
13-18 años	N	21
	%	13,4
19-30 años	N	57
	%	36,3
31-60 años	N	57
	%	36,3
Más 61 años	N	10
	%	6,4
<b>Valor Absoluto</b>		<b>157</b>

Base: Total Historias Clínicas  
2012 -2014

Estos pacientes en su mayoría son procedentes de la región del sur occidente Colombiano donde los grupos al margen de la ley siguen operando tanto en el casco urbano como en el rural. La procedencia de esta población en su mayoría converge de los departamentos de Nariño, Cauca y Valle respectivamente, estos departamentos son quienes más remiten pacientes a la UMFR.

**Grafico 1: Procedencia**



Existen diferentes diagnósticos dados a los pacientes que asisten a la UMFR y los procesos de rehabilitación son diferentes dependiendo de cada caso. La Unidad recibe a gran parte de las víctimas ocasionadas por minas antipersonas y artefactos explosivos, siendo la amputación el diagnóstico predominante en este tipo de eventos. Estos pacientes se encuentran en situación de vulnerabilidad y con necesidades específicas que deben cubrirse bajo criterios especiales desde un enfoque psicosocial. Sobre estas consideraciones la UMFR inicia un proceso de recuperación física y psicológica que tiene como objetivo último la inserción de nuevo por parte de esta población a la sociedad.

El paciente que llega en condición de víctima es recibido en la fase de rehabilitación Médica-Física-Psicológica. Esta condición de víctima se establece jurídicamente y es dada a través de la personería y la alcaldía, mediante un proceso de verificación a través de la unidad de víctimas, esta unidad es la encargada de validar mediante un acta su condición y sus derechos, permitiéndoles acceder a los servicios de forma gratuita y prioritaria.

Al llegar a un proceso de rehabilitación en condición de víctima lo que se pretende es favorecer el proceso y darles un lugar como sujetos de

derechos. Esto quiere decir, que se valida el lugar y condición de víctima, prestando las garantías necesarias tanto sociales, económicas, afectivas, etc, que posibiliten la reinserción a la sociedad a través de un modelo bio-psico-social que privilegia un estado total de bienestar.

De este modo, el proceso llevado a cabo en la Unidad de medicina Física y de Rehabilitación obedece a parámetros establecidos por el Ministerio de protección social. Cuando una víctima llega al hospital Universitario del Valle es acompañando en primera instancia por la trabajadora social de la Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación. Ella, es quien orienta todo el proceso de rehabilitación iniciando desde la apertura de la historia clínica hasta el acompañamiento en la consecución de las citas de valoración: Oftalmología, Otorrinolaringología, Fisiatría, Ortopedia, Psiquiatría y Psicología, dependiendo de las necesidades específicas de cada paciente. La trabajadora social es autónoma en las decisiones de remisión a profesionales de la salud mental, por lo que su papel es absolutamente nuclear en el modelo de intervención adoptado con esta población. Si ella lo considera necesario o no y basada en su experiencia personal hará la remisión a psiquiatría o a psicología. A partir de estas citas cada área independientemente toma decisiones en cuanto a las remisiones a otras áreas y procesos a iniciar dependiendo de las necesidades del paciente. El proceso es desarrollado a partir de las necesidades que cada área identifica y su proceso es enmarcado en la de rehabilitación bio-psico-social. La unidad como departamento receptor retoma los lineamientos propuestos desde la ley de víctimas y los ampara bajo ella. La Cruz Roja Internacional como aliado del programa presta servicios de alojamiento, alimentación y transporte a toda víctima que necesite estos recursos, lo que posibilita que cada víctima pueda acceder gratuitamente a su proceso de rehabilitación.

En consenso con el personal interdisciplinar de la UMFR existe la percepción de que el paciente que llega a esta unidad es un *“sujeto que se encuentra en condiciones físicas, psíquicas y sociales desfavorables debido a un evento o suceso por el conflicto armado interno que se vive nuestro país”*. Este suceso

acarrea situaciones y sentimientos que pueden llegar a ser traumáticos y determinar el accionar en la vida particular del que padece el evento. En el mismo sentido que indica la literatura al respecto, en UMFR se concibe el daño que ha sufrido los pacientes como “resultado de procesos que niegan la dignidad humana y que afectan negativamente las relaciones satisfactorias al punto de generar situaciones de carencia o agudizar los estados carenciales previos [...] [Así] la situación indeseable que constituye el daño en una persona ocurre en el contexto de una relación del ser humano con los otros o con su contexto” (Bello y Chaparro, 2009, p. 50).

De esta situación se observó cómo se desencadenan diferentes situaciones problemas que resultan difíciles de afrontar si el acompañamiento no es adecuado. A partir de la experiencia y el trabajo con esta población en la UMFR se encontró que existe un perfil biopsicosocial de estos “Sobrevivientes” que sin duda permitirá encontrar la forma de estructurar y encaminar programas asertivos que propicien su recuperación en diversos niveles. Para entender el perfil se deben tener en cuenta ciertas características particulares como lo son el género, las características culturales, étnicas, sociales, los hechos de violencia, el ciclo de vida y la cronicidad del hecho.

Siguiendo con las características individuales se identificaron en estos pacientes sentimientos arraigados al evento traumático como:

- Tristeza
- Desasosiego
- Desesperanza
- Angustia
- Temor
- Minusvalía
- Apatía
- Confusión
- Ansiedad

- Culpas
- Miedo hacia un otro (Sujeto, grupo, institución)

Estos sentimientos son instaurados en el paciente a través de una irrupción externa, una experiencia que es capaz de romper el equilibrio psíquico debido al sometimiento de un evento violento o de una situación desbordante que se escapa de las capacidades de afrontamiento. De este modo, se reconoce en el paciente víctima atendido en la unidad de rehabilitación física situaciones dolorosas y difíciles pero también se reconocen posibilidades subjetivas de resiliencia y de sobreponerse al hecho traumático. “Es necesario reconocerlo como sujeto con temores y carencias, pero también con posibilidades, capacidades e iniciativas para enfrentar su situación desde las propias valoraciones de los riesgos que enfrenta” (Colmenares, M., 2002; Mejía, 2002). Aunque se encontró en esta población experiencias traumáticas, se reconoció la incidencia de factores particularidades del sujeto que incurren en la forma de afrontar dicha situación, no todos sienten, expresan o reaccionan a determinada situación de la misma forma; sino que cada sujeto tiene lógicas de enfrentarse al evento, muy particulares y diferentes en cada caso. Si bien los hechos pueden llegar a ser traumatizantes, existen particularidades que definen la forma en como nos enfrentamos y respondemos ante situaciones dolorosas, Freud (1916) nos dirá al respecto que: “el traumatismo está muy ligado no solo al evento traumático sino que tiene una estrecha relación con la singularidad del sujeto, su historia personal, su cosmovisión, etc”. Estas particularidades marcan la forma de afrontar y determinar el accionar frente a cada situación. Los datos sociodemográficos que contiene este documento no son mera información estadística, estos datos nos permiten entender quién es el paciente víctima que llega a su recuperación, cuál ha sido su contexto, cuál es su historia personal y de qué forma puede entender el mundo, siendo este el punto de partida para entender sus necesidades.

Reconocer al paciente víctima de la UMFR en su singularidad nos permite priorizar y reconocer necesidades que puedan mitigar el impacto o daño a causa del hecho violento y entender que no todo acto violento es en sí

traumatizante, sino que se debe entender este hecho desde el sujeto mismo y desde la forma en como enfrenta cada situación. Es así como entendemos que en un mismo hecho pueden existir diferentes manifestaciones de síntomas y los diagnósticos pueden variar de paciente a paciente.

Un problema sustancial en el atendimento médico, en tanto la “(...) abstracción respecto a las realidades sociohistóricas y su insistencia en ubicar los trastornos en la particularidad, orgánica o funcional, según el caso, de cada individuo, sin conceder suficiente consideración a la naturaleza social de las personas victimizadas: el carácter dialéctico del mismo y su relación con la sociedad: a) El trauma tiene un carácter dialéctico. La naturaleza del trauma hay que ubicarla en la particular relación social de la que el individuo sólo es una parte. No puede predecirse sin más que un tipo de situación social vaya a generar mecánicamente un trauma en cualquier persona o que un determinado tipo de persona nunca sufrirá un trauma. Se afirma su carácter histórico. b) las relaciones sociales: su mantenimiento es el que alimenta y multiplica los casos de individuos traumatizados. (Martín Baró citado por Arévalo, L., Monzón, L., Serrato, L., Rodríguez, C., Borrero, Y., 2011 pag 8).

A partir de la aclaración sobre el impacto social y su implicaciones en todas las esferas del ser humano, se establecen una categorías que recogen la relación dialéctica que nos señala Martín Baró entre individuo y sociedad, además de la importancia de entender el acompañamiento psicosocial como un conjunto de acciones encaminadas al bienestar psicológico, familiar, social, económico y político.

A nivel individual encontramos entonces categorías básicas que deben ser reconocidas e integradas posibilitando una mejor comprensión del individuo en tanto quien es él en su singularidad.

#### **6.1.4 Componente familiar**

Se encontró en estos pacientes que los sentimientos que se arraigan a partir del evento traumático no solo traen consecuencias sobre sí mismo, sino

también sobre las personas que los rodean, causando graves rupturas en las relaciones familiares y sociales, y aislando al sujeto de su entorno próximo.

En la red de apoyo más cercana (familia) se vive alrededor de la incertidumbre y la confrontación, en los procesos llevados a cabo en la unidad se evidencian relaciones inestables que propician desencuentros y situaciones que pueden llegar a ser frustrantes tanto para el paciente víctima como para su familia.

Se evidencian transformaciones (pacientes que en las estructuras familiares tienen cambios debido a los roles que se ejercen) dadas a partir del hecho violento, podemos encontrar familias donde el padre era el sustento de la familia y que tras el hecho violento su esposa tiene que salir de casa y hacerse cargo económicamente de su familia), estas transformaciones inciden negativamente sobre las relaciones intrafamiliares cambiando dinámicas establecidas a través de los años y de estructuras culturales que van en contravía de los parámetros convencionales. De esta forma, vemos como el hecho no solo incide sobre la particularidad del sujeto sino que por el contrario se debe recoger en su recuperación a su familia, quien se convierte en el sistema de apoyo más próximo; esto le permite que su proceso no sea un proceso aislado de su contexto sino incida en un modelo integrador capaz de promover desde lo individual, social y familiar, la reparación.

Actualmente en el proceso de intervención que se viene desarrollando en la UMFR se pierde la posibilidad de intervención en otros componentes que no sean el individual, ya que muchas veces se deja de lado otros procesos debido al modelo médico tradicional que abandera los sectores prestadores de salud, olvidando el contexto en el que se inscriben los hechos. Para esto un programa de reparación debe incluir obligatoriamente un proceso individual pero también familiar que fortalezca las redes de apoyo más cercanas, brindando la asesoría y apoyo a estas familias que también sufren el hecho y lo viven como propio.



Dentro de la atención en la UMFR no existe un programa que se piense la familia como una herramienta facilitadora del proceso y no se comprende a partir de quienes eran y como estaban conformados. Esta posibilidad de integración del proceso se pierde en la medida que la intervención actual obedece a lógicas subjetivas, descontextualizando el hecho violento y dejando al lado los miembros que componen las familias.

### **6.1.5 Componente relacional**

Incluye las relaciones que se tiene con un otro (pareja, amigos, vecinos, etc)

Se evidencia en este tipo de paciente dificultades en sus relaciones personales, en ellos se encuentran sistemáticamente problemas de pareja que pueden llevar a rupturas o maltrato intrafamiliar, dificultades para sostener relaciones sociales con pares, establecimiento de conductas agresivas hacia los demás y dificultades para reconstruir redes de apoyo.

### **6.1.6 Exosistema**

- **componente social:**

A nivel social se observan graves rupturas, el paciente se aísla socialmente anclándose en un estado emocional negativo que no le permite establecer relaciones que favorezcan su recuperación, en algunos casos la vergüenza por sus lesiones y el miedo que le causó el hecho victimizante hacen que el paciente corte lazos y se aísla totalmente de su entorno. Se hace necesario integrar programas que faciliten el restablecimiento de redes sociales, intentando que se dé una reintegración a la sociedad y mitigando los daños morales relacionados con el hecho. Esta es una forma de darle participación activa en su proceso de reparación, ya que el restablecimiento de las redes sociales no sólo cumple el papel de una intervención pasiva sino

que por el contrario se le permite al sujeto actuar frente a situaciones de otros y su experiencia puede facilitar la recuperación de otro en igual o distintas condiciones.

En el proceso que se lleva a cabo en la UMFR no existe una conformación de grupos de apoyo o redes sociales que faciliten la integración de estos pacientes víctimas a la sociedad, tampoco existe un espacio de narrativas donde los discursos se conviertan en herramientas de reparación a través del voz a voz de cada paciente víctima. Se pierde la posibilidad de lugares de escucha y de memoria que faciliten la transición de los procesos dolorosos a procesos reestructurantes que se pueden dar a través de la escucha de un “otro” que ha pasado por mi situación o a través de mi historia, que finalmente es una historia de “supervivencia y valor”.

Sluki (1996) Identifica los beneficios que una red de apoyo social estable en el mundo relacional de las personas, y en el momento de crisis ofrece, considerándola como una herramienta de ayuda, dado que *“existe amplia evidencia de que una red social estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actuando como agente de ayuda, afectando la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelerando los procesos de curación y aumentando la sobrevivencia, es decir, es salutogénica”*.

#### **6.1.7 Macrosistema**

- **componente cultural:**

Las creencias, actitudes, cosmovisiones, los contextos de donde provienen estos pacientes víctimas les proveen un bagaje histórico y cultural que no puede aislarse de su proceso de recuperación, estas características ponen de manifiesto su forma de ver el mundo. Por tanto, cuando hablamos del componente cultural entendemos un sin número de costumbres y prácticas alrededor de su religión, etnia, género, procedencia geográfica, entre otros, haciendo del paciente víctima un sujeto singular con capacidades de

afrontamiento y con posibilidades de recuperación diferentes. Tras el hecho violento estos pacientes víctimas que llegan a su proceso de recuperación en UMFR pasan muchas veces por procesos de aculturación debido a que sus prácticas y creencias son puestas a un lado por darle prioridad a escenarios de recuperación, privando a esta población de sus marcos de referencia e impidiendo que estos marcos de referencian jueguen un papel preponderante en el ejercicio de sus derechos.

Los procesos de aculturación para esta población suelen ser perturbadores en la medida que no se tiene un tiempo de preparación o de disposición para aceptar los cambios culturales, por el contrario son impuestas abruptamente a nuevas formas de vida debido al hecho violento. En esta medida los pacientes se ven enfrentados a una ciudad que no conocen que tiene costumbres y hasta leyes diferentes (caso de indígenas que se rigen por otras leyes). Este cambio que en la mayoría de casos es arbitrario hace que se pierdan los referentes identitarios, impidiendo la posibilidad de pertenencia a una “comunidad, grupo, etnia”, entre otros. Los pacientes manifiestan estados de estrés y angustia frente a situaciones que desconocen de ambientes no incluyentes, además se incluyen nuevos espacios, personas y grupos que entran a ocupar un espacio en sus vidas, la sociedad en general juega un papel preponderante en el ejercicio de sus derechos y en la posibilidad de integrarse a los procesos de reparación de las víctimas

El desarrollo académico frente a este tipo de procesos es muy preciso y enfatiza la necesidad de programas alternativos incluyentes que den cuenta de una reparación emocional, física y social, tres componentes que no son excluyentes entre sí y que permiten resolver las necesidades de un individuo que vive y se desarrolla en sociedad.

A partir de este análisis de la orientación psicosocial en la intervención con víctimas se desarrollará un análisis por categorías de lo que la literatura académica informa sobre cada uno de los componentes del modelo ecológico relacionados con la intervención.

## 6.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA DESDE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DEL MODELO ECOLÓGICO

A continuación se encontrará una revisión y análisis de diferentes propuestas y alternativas frente a los procesos de intervención psicológica que son llevados a cabo en diferentes sitios del territorio nacional, además de lineamientos propuestos desde el gobierno nacional.

### 6.2.1 Microsistema

- **componente individual:**

En general, en el ámbito académico y en el campo de la intervención con víctimas del conflicto interno colombiano, se registra a lo largo de la literatura la importancia de desarrollar programas que en su quehacer se intervenga el hecho violento desde una perspectiva psicosocial. Los procesos individuales deben ser complementarios a las intervenciones sociales; la intervención psicológica no es un proceso aislado sino que incluye la integración de acciones que permiten la reparación desde todas las esferas, dándole importancia a la comprensión BIOPSICOSOCIAL. Al respecto el Ministerio de Protección Social nos dirá: *“El centro de la atención no es sólo la enfermedad o trastorno mental per se, sino las consecuencias del impacto causado en las víctimas, derivado de las violaciones graves a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario lo que está en el centro del quehacer” (PAPSIVI, 2014)*; es decir, las implicaciones de estos hechos no sólo recaen en el individuo sino que se inscriben en un contexto social y político que lo extrae de la etiología endógena y lo inscribe en la etiología exógena, apartándolo de la psicoterapia tradicional médica, debido a las implicaciones psicológicas, sociales, morales y físicas.

Si bien la contención emocional y la intervención psicoterapéutica son necesarias y pertinentes, estas deben ser complementarias a otras acciones que contengan una orientación psicosocial. Barriga (1991) ilustra del siguiente

modo las diferencias que existen entre el modelo individualista y el modelo psicosocial:

**Tabla 4: Tipos de modelos**

MODELO PERSONALISTA	MODELO PSICOSOCIAL
Receptor	Mediador
Individuo	Comunidad
Unidireccional	Bidireccionalidad
Actitud De Espera	Actitud De Búsqueda
Dependencia	Autonomía
Asimetría	Simetría
Sumisión	Colaboración
Etiología Endógena	Exógena
Acción Desde Fuera	Desde Dentro

De aquí que los dos modelos comprendan formas de comprensión, de intervención y de abordar el sujeto muy diferente. La motivación por la orientación psicosocial resulta de su capacidad integradora y de su capacidad de abordaje integral en todas sus necesidades, entendiendo que los hechos violentos se inscriben en un contexto histórico-político.

Diferentes autores plantean que independientemente de la acción, su orientación debe ser psicosocial. Este enfoque deriva y está íntimamente ligado con el enfoque de derechos porque “No solamente estamos hablando de personas que necesitan ayuda sino de personas a las cuales se les han violado sus derechos y tiene que darse un tratamiento diferente frente a la lógica del socorro; la lógica de recuperación de derechos a la persona sujeto de derechos” (Oficina de promoción social 2012).

De acuerdo con la literatura encontrada (Londoño, N., Muñoz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D., & Rojas, C.), se debe hacer frente a la lógica del socorro y las intervenciones individuales, la importancia de estos procesos se da debido a la frecuencia de

desajustes que se manifiestan en síntomas como la ansiedad y la depresión, por tal motivo se debe priorizar el estado de la salud mental de las víctimas y encaminar programas asertivos que incidan en la recuperación y en la minimización de los impactos sobre estos individuos,

En varios de los textos abordados se plantean las terapias breves dentro de un proceso macro que enmarque acciones sociales. Es decir, la intervención individual aunque se hace pertinente será sólo uno de los aspectos del proceso de intervención y no el centro de la intervención. Este tipo de terapias establecen estrategias a corto plazo que permiten responder a necesidades del individuo.

De este modo, la expresión de sentimientos, emociones, la elaboración de duelos, aceptación al cambio, y la recuperación de la palabra, la identidad, la autoestima, la dignidad, la confianza, la convivencia, además de propiciar la reconstrucción de sentido y proyecto de vida personal, familiar y comunitaria son los principales objetivos en estas intervenciones (organización Panamericana de la salud, 2003).

La necesidad de articular la intervención individual a otro tipo de intervenciones radica en los planteamientos propuestos por diferentes autores, donde se rescata la importancia de todas las esferas del individuo, como lo dispone la orientación psicosocial; de lo contrario, estaríamos frente a una terapia privada, desligando el carácter social y la corresponsabilidad de toda una nación frente a la recuperación de esta población.

Desde esta perspectiva, la intervención no se realiza aislada, sino que cuenta con la oportunidad de trabajar lado a lado con un equipo interdisciplinar. Barriga (1991) enfatiza en la intervención psicosocial como acción cooperativa, y precisa: *“Un profesional tiene un radio de acción limitado. En cambio, si se apoya en la ejecución de otros, puede multiplicar considerablemente la eficiencia de su intervención”*. De esta manera, la capacidad de acción no recae sólo sobre el terapeuta sino que el contexto donde se desenvuelve permite la acción participativa de las víctimas como

agentes activos de sus procesos de reparación y de la sociedad en general como colaboradora y agenciadora de estos procesos, estableciendo redes de apoyo que puedan incidir en todas las necesidades del sujeto, de su familia, de la comunidad, etc.

### **6.2.2 Componente familiar/pareja**

Diferentes autores resaltan la importancia de la inclusión de la familia dentro de los procesos de intervención, entre ellos se rescata lo mencionado por Hernandez, 1997, quien nos dice: *“La familia es un sistema, en la medida que está constituida por una red de relaciones, es natural, responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana y tiene características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción psicoafectiva de todo ser humano”*

La familia es una institución natural con posibilidades de satisfacción psicoafectivas. Es aquí donde aprendemos y vivenciamos nuestras primeras experiencias de vida, y lo que es más importante tejemos sentimiento y emociones que nos identifican, y nos muestran como enfrentamos la vida. Su papel es entonces crucial dentro de todo proceso de reparación. Tomar esta red de apoyo cercana significa consolidar a través de las los recursos familiares, posibilidades de reparación.

En varios textos, se muestra como a través de los diferentes hechos violentos no sólo las víctimas directas sufren afectaciones, sino que indirectamente las familias también las padecen; estos hechos traen consigo cambios en las estructuras, en las dinámicas y diferentes problemas intrafamiliares. De ahí que diferentes programas asumen la psicoterapia familiar como elemento esencial en los procesos de reparación. Este grupo natural se aborda desde una mirada histórica-ecológica que comprende las realidades vividas, sus transformaciones y la búsqueda de alternativas en la

construcción de vida y busca el uso adecuado de ayuda por medio de los recursos que poseen las familias (Mendoza, D., 2010).

Estos procesos familiares se trabajan de igual forma desde procesos breves pero eficaces en la medida que se intenta a través de un análisis de necesidades desarrollar una propuesta que permita a corto tiempo centrar su objetivo en donde se está causando el malestar familiar.

### **6.2.3 Cuidador**

El cuidador es todo aquel que acompaña y suplente las necesidades de toda persona en un proceso de rehabilitación o de enfermedad. Normalmente estas personas no son tomadas en cuenta y no se reconocen las dificultades que debe enfrentar en su día a día, al estar expuesto a situaciones de estrés. La literatura nos plantea que estas dificultades y exposiciones a situaciones de estrés pueden desencadenar un trastorno llamado el síndrome del cuidador. Al respecto González, L. (2013), nos dirá “El cuidar a otro involucra la vida misma del cuidador que se ve inmerso en las situaciones propias de dolor, limitaciones, alegrías, cambios, experiencias y dificultades que presenta una persona que requiere cuidado”. Este trastorno se caracteriza tanto por el agotamiento físico que implican estos cuidados como el agotamiento psíquico. Muchas personas no están preparadas para asumir esta situación y de un momento a otro se ven implicadas en situaciones ajenas y sin herramientas para afrontarlo. Por esto es necesario incluir en los procesos de reparaciones a dichas personas de modo que a través del acompañamiento y la Psicoeducación se dote de herramientas y estrategias que permitan aportar tanto para el individuo en proceso de reparación como para ella misma en la medida que se establezcan contingencias en los cuidados de sí mismo.



#### 6.2.4 Exosistema

- **Componente social**

La comprensión de la orientación psicosocial nos permite situarnos y entender la importancia del ámbito social (redes de apoyo, entorno en que se desenvuelve, amigos, vecino, profesionales médicos, psicólogos y demás equipo interdisciplinar). La literatura resalta la importancia que tiene la articulación de este componente en los procesos de reparación. Sluki (1996) por ejemplo destaca los beneficios que traen una red social y su incidencia como agente de ayuda, considerándolo como salutogénica.

De aquí que, el componente social es integrado a los procesos de reparación trabajándose en grupos de apoyo e incluyendo diferentes técnicas, entre las que se encontró:

- **Técnica narrativas:** Estas “Constituyen un elemento central en la recuperación de dicho saber y en la reconstrucción de nuevas versiones de realidad, ya que a través del lenguaje oral – escrito – pictográfico, se accede a la visión de la vida que tienen las personas y que habilitan espacios para la reflexión y replanteamiento de lo que se ve como problema” (Villa, J., 2013). Esta técnica permite a través del discurso oral o no, posibilidades de resignificación y de transformaciones sociales.

*“Los testimonios que narran las víctimas pueden adquirir una trascendencia para la sociedad. Recuperar estos testimonios supone valorar los discursos y relatos particulares, donde las víctimas al narrar y ser escuchados no solo resignifican los hechos violentos vividos, sino que evitan culpabilizaciones y re-victimización generados a través de negacionismos y silenciamientos”. (Rueda, J., 2013)*

Estudios, como el realizado por la Universidad de Antioquia, donde se recogen las experiencias de atención psicosocial en este departamento, reconocen que el uso de técnicas basadas en narrativas constituyen un

elemento fundamental en la reparación de las víctimas, ya que, se pueden recolectar las versiones de la realidad de esta población y consecuentemente ser portavoz de estas realidades, propiciando sentido de vida individual, familiar y comunitario.

A través del trabajo con grupos se fortalecen las redes sociales que permiten la reconstrucción del tejido social, dado a partir del reconocimiento y apoyo de los grupos. Para este fin los grupos de apoyo juegan un papel importante favoreciendo la expresión de emociones y la posibilidad de transformaciones. Villa, J., (2013) resalta el papel de la memoria colectiva en la reconstrucción de tejido social y el empoderamiento colectivo de las víctimas, manifiesta la necesidad de la recolección de los relatos y testimonios como manera alternativa de generar procesos de transformación subjetiva en la gente, que la empodera y posibilita además el alivio emocional.

Por otro lado, se encuentran las técnicas lúdicas que se basan en el desarrollo de expresiones como nicho de fortalecimiento de vínculos que permiten enfrentar de manera simbólica los hechos violentos a los que han sido sometidos. De esta forma, la expresión puede darse en múltiples manifestaciones (verbales-lúdicas-artísticas-performativas-etc). Esta posibilidad de expresión es utilizada como medio para transformaciones subjetivas (elaboración de emociones negativas), recuperación de la dignidad, empoderamiento de las víctimas, afrontamiento, resiliencia y resistencia, y primer paso para la reconstrucción de tejido social. (Villa, J., 2013).

### **6.2.5 Macrosistema**

- **Componente cultural**

En la intervención psicosocial se realizan diferentes técnicas psicológicas todas trabajadas desde la perspectiva psicosocial que incluye no sólo al individuo sino que se permite incluir los sistemas en los que se inscribe la víctima. La intervención psicosocial incluye intervenciones en familias, grupos

y comunidades. *“Es importante enfatizar que la mirada psicosocial señala la pertinencia de intervenciones terapéuticas y grupales que faciliten una resignificación del dolor a partir del contexto anormal que lo generó”.* (Salazar, 2012, pag. 6). De esta manera, el reconocimiento de los contextos sociales, culturales y políticos juegan un papel fundamental al momento de realizar valoraciones psicológicas y en la identificación de necesidades.

A nivel macro se tienen en cuenta los marcos de referencia, el bagaje y riqueza histórica, la identidad, y a través de espacios de reflexión se ofrece la oportunidad de incluir a la sociedad civil e instituciones interesadas en los procesos de reparación. La inclusión de estas esferas en los procesos de reparación obedece a propuestas alternativas e incluyentes que buscan conjuntamente la resolución de problemas. Rueda, j., (2013) describe a través de su artículo “Memoria Histórica Razonada” una propuesta que busca la participación activa de la víctimas en la construcción de la historia Colombiana, a través del razonamiento colectivo sobre los eventos atroces vividos por esta población, buscando soluciones en aras de transformaciones sociales. Se utiliza la sociedad civil y demás entes como recurso en procesos de reparación, validando discursos, testimonios, en la medida que pueden ser recopilados, registrados y divulgados libremente, siendo ésta una posibilidad de tener voz y participar activamente de la restauración de los derechos y la consolidación de mejoras a través de la escucha pertinente y colectiva y de la validación de su voz en estos procesos.

Trasversal a todos los componentes encontramos la evaluación en investigaciones o intervenciones. Diferentes autores consideran central en el modelo psicosocial el hecho de evaluar las intervenciones realizadas. Esta evaluación nos permite entender los alcances o limitaciones de las intervenciones validando así el que hacer de la intervención. Barriga (1991) menciona que los procesos de evaluación son tan importantes como la intervención misma y nos dice que los recientes desarrollos de la intervención se insisten en la evaluación como unos de los procesos centrales de toda

intervención, de esta manera explica los tres tipos de evaluación que se deben dar a lo largo de la intervención psicosocial:

El primero tiene que ver con la evaluación inicial, aquí se supone que aún no se ha empezado la intervención como tal y sería el punto de partida de todo proceso, supone el análisis de la situación y un sondeo de necesidades que permitir saber dónde y porque se debe intervenir, *“Conocer para poder intervenir”*.

El segundo es la evaluación procesual que supone una continua revisión de las etapas a lo largo de la intervención, este tipo de evaluación se da en la medida que es necesaria la retroalimentación en todo el proceso.

Por último se encuentra la evaluación final que supone tener en cuenta los resultados y avances de la intervención, esta evaluación final solo puede realizarse comparándolo con el proceso inicial que se llevó a cabo en la evaluación inicial.

Estos tipos de evaluación son considerandos importantes debido a que los resultados dan la validez a los procesos de intervención. Un programa que no se plantee la evaluación como uno de los ejes fundamentales del proceso no puede asegurar el cumplimiento de objetivos, los avances o retrocesos del mismo.

### **6.3 Programa de intervención psicosocial a pacientes víctimas del conflicto armado que ingresan al hospital universitario del valle Evaristo García**

Se planteará a continuación a partir de las categorías de análisis propuestas desde el modelo ecológico, el programa que se quiere implementar, gracias a la evaluación inicial que se realizó y a la necesidad de intervenir en ciertos aspectos que están siendo dejados a un lado.

### 6.3.1 Microcomponente

- **Componente individual**

Psicoterapia individual: Se pretende orientar la intervención hacia terapias breves, ya que nos interesa que nuestro punto central no sea sólo la intervención individual sino que ésta sea una parte del engranaje de toda la intervención. Esta intervención se debe desligar de todo carácter asistencialista y patologizante, para esto es necesario un cambio en la mentalidad del proceso individual y en la orientación del quehacer terapéutico; se debe pensar en acciones colectivas y multimodales como aspecto central de todo el proceso de intervención y se debe alejar los manuales como el DSMIV para los diagnósticos. Además, como punto de partida se debe contar con una evaluación inicial de necesidades que permitan orientar los objetivos y tiempo de la terapia.

Actualmente no existe ninguna garantía sobre la forma en que se debe plantear la intervención, puesto que estos acompañamientos son realizados por estudiantes en su año de práctica a la libre elección y orientación. Se sugiere para esto instaurar una ruta de intervención que obedezca a parámetros establecidos desde lineamientos psicosociales y no desde la libre elección de cada estudiante. De esta manera, se establecen los siguientes cambios en los procesos de intervención individual:

- Instaurar protocolos de intervención orientados desde la perspectiva psicosocial
- Articular este tipo de intervención individual a otros procesos de reparación, de modo colectivo (grupos de apoyo, espacios de reflexión, etc)
- Desligar la consulta de orientaciones asistencialistas y patologizantes (dejar a un lado diagnóstico a partir del DSMIV y sustentar el que hacer desde acciones colectivas)

- Evaluar el proceso en su forma inicial (evaluación de necesidades) y final de la terapia (logros, avances, retrocesos). Debe quedar un registro de cada paciente en su historia clínica.

Ruta para identificación de necesidades e implementación del plan:

- Primer contacto (encuadre)
- Exanimación de dimensiones del problema (evaluación inicial)
- Análisis de las posibles soluciones
- Proceso de Intervención
- Evaluación final

La intervención individual tendría los siguientes objetivos:

- Prevención, atención y manejo de problemas emocionales
- Reducción del sufrimiento emocional
- Fortalecimiento de recursos personales
- Expresión de emociones
- Reconstrucción del proyecto de vida
- Recuperación de la dignidad, la confianza y autoestima

Los agentes de intervención en este componente serán los psicólogos practicantes con el monitoreo del psicólogo de planta y asesor académico bajo parámetros de intervención psicosocial independientemente de su orientación o corriente psicológica.

**Tabla 5: Actividad I**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>RECURSOS</b>
Psicoterapia individual con orientación psicosocial	Reparación emocional	Psicólogo	Consultorio privado para atención psicológica

### **6.3.2 Componente familiar/pareja**

A nivel familiar y de pareja se reconoce la importancia de la integración de este componente a los procesos de reparación, se pretende integrar como elemento esencial debido a que constituye la red de apoyo natural y más cercano de la víctima. Hay que recordar que las familias tras el hecho violento sufren transformaciones internas que pueden resultar conflictivas y que pueden interrumpir o truncar el proceso de recuperación de estos pacientes.

Para esto se parte de la evaluación inicial de necesidades y como objetivos se tendría en cuenta:

- Comprender las transformaciones internas (cambios en la estructura, inversión de roles, pérdida de autoridad, conflictos internos, etc.)
- Reconocer los recursos familiares que permitan mejorar su adaptación al medio y a las nuevas situaciones
- Comprender el impacto psicosocial y sus implicaciones tras el hecho violento, para favorecer escenarios de confianza, identidad y buena convivencia

Los agentes de intervención serán los psicólogos practicantes y trabajadores sociales que en conjunto planearan las actividades a trabajar con las familias, en cuanto a la pareja serán los psicólogos practicantes los encargados de este proceso.

El trabajo con la familia/pareja se hará a través de diferentes técnicas entre ellas están:

- Espacios de reflexión familiar
- Elaboración genogramas
- Cartografías
- Tareas estratégicas (Cartas-dibujos)
- Estudios socio familiares
- Álbumes fotográficos

**Tabla 6: Actividad II**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>RECURSOS</b>
Espacios de reflexión familiar	Comprender los cambios internos e impactos psicosociales a partir del hecho violento en la familia del paciente víctima	Psicólogo	Consultorio privado
Talleres Familiares	Reconocer los recursos familiares y potenciarlos para una mejor adaptación a su situación	Psicólogo y trabajadora social	-Salón para actividades grupales. -Proyector de video

### **6.3.3 Cuidador**

Si bien es cierto, el paciente es nuestro punto focal de intervención, se debe prestar atención a todos aquellos que se encuentran a su alrededor, tal es el caso de los cuidadores quien son la personas que mayor tiempo pasan con los pacientes víctimas y que son su apoyo en el día a día. Estos cuidadores como se mencionaba anteriormente están expuestos a situaciones de alto estrés, por lo que se hace pertinente el acompañamiento y seguimiento.

Para esto se sugiere brindar un acompañamiento personalizado, en el cual se pueda escuchar y dotar al cuidador de herramientas que le permitan afrontar las diferentes situaciones que se presenten a lo largo del proceso de reparación, de este modo se deben brindar espacios tales como:

- Talleres de Psicoeducación (manejo del paciente tanto del ámbito físico como de la emociones y situaciones estresantes que se presenten, manejo de las propias emociones y comunicación asertiva)
- Acompañamiento (escucha en consulta privada)



Los agentes de intervención estarán articulados por psicólogos practicantes y personal médico en el caso de los talleres.

**Tabla 7: Actividad III**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE	RECURSOS
Talleres de psicoeducación	Educar al cuidador sobre cuidados físicos y emocional de él y de quien cuida	Psicólogo - Médico	-Salón para actividades grupales. -Proyector de video
Acompañamiento individual	Escucha activa y devolución acerca de la molestia actual	Psicólogo	Consultorio privado

#### 6.3.4 Exosistema

- **Componente social**

El ámbito social son las redes de apoyos como amigos, vecinos, compañeros de rehabilitación, personal médico, etc; es toda aquella red con la que actualmente se desenvuelve y que va más allá de su esfera familiar. Este componente se debe articular al programa de reparación, integrando de forma activa todos los agentes, es decir, las relaciones dentro del grupo se darán de forma simétrica y en colaboración con todos los integrantes del grupo de apoyo. El agente de intervención no será la persona con un supuesto saber, sino que en concordancia con el colectivo el supuesto saber será compartido y estará vinculado en forma bidireccional, permitiendo que la búsqueda se dé desde los propios actores del grupo.

Estos grupos se trabajarán a partir de talleres que integran técnicas como:

- Técnicas basadas en narrativas que favorecen a través del lenguaje oral-escrito pictográfico la reconstrucción de realidades, de experiencias de vida, de historias de supervivencia. Retratar la “Memoria” como elemento clave en la construcción de historia colectiva, empoderamiento social y resignificación de realidades, es decir narrar la historia y compartirla como elemento simbólico de reparación dentro del grupo.

- Técnicas lúdicas a través de las cuales se favorezca la expresión de emociones que permitan la transformación de procesos subjetivos de manera simbólica por medio de manifestaciones verbales, lúdicas, artísticas y performativas.

Los agentes de intervención deberán estar conformados por un grupo interdisciplinar que construirá las actividades, estos talleres se trabajarán una vez por semana.

**Tabla 8: Actividad IV**

ACTIVIDADES	OBJETIVO	RESPONSABLE	RECURSOS
Talleres	Reparación emocional y construcción de tejido social a través de manifestaciones de expresión como medio simbólico de reparación	Psicólogo/a – trabajadora social	-Salón para actividades grupales -Proyector de video

### 6.3.5 Macrosistema

- **Componente cultural: seminarios de reflexión**

Se sugiere abrir espacios masivos de reflexión con sectores de la sociedad civil, instituciones académicas, entes gubernamentales y demás sectores que quieran hacer parte de estos espacios. Este espacio constituye una propuesta incluyente de la sociedad en general que busca la indagación,

recolección y divulgación de los procesos llevados a cabo en el hospital con respecto a la reparación de las víctimas. Estos espacios de reflexión permiten a través del diálogo, la escucha y la discusión, la participación activa tanto de las víctimas como de la sociedad en general, la consolidación de encuentros académicos permitirá la recolección y divulgación de historias de vidas de sobrevivientes y de procesos de reparación.

**Tabla 9: Actividad V**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE	RECURSOS
Seminario de reflexión	Recolección y divulgación de las acciones psicosociales propuestas por el hospital en la reparación de las víctimas	-Instituciones académicas -Instituciones gubernamentales -Personal a cargo del proyecto de intervención	-Auditorio -Proyector de video

### 6.3.6 Evaluación como proceso transversal a los diferentes procesos de intervención

Instaurar en los procesos de reparación la evaluación permitirá observar los avances y limitaciones del programa, para esto es necesario realizar una evaluación inicial que determine las necesidades y una final que dé cuenta del cumplimiento de los objetivos.

- Evaluación inicial: análisis de necesidades
- Evaluación procesual: seguimiento del programa
- Evaluación final: Comparación de las evaluaciones inicial y final y resultados del programa.

Los agentes de intervención podrán ser un grupo interdisciplinar que evalúe los resultados del programa, esta evaluación final deberá realizarse anualmente a través del análisis de las categorías del modelo ecológico.

**Tabla 10: Actividad VI**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>RECURSOS</b>
Evaluación Inicial	Reconocer las necesidades en cada proceso de la intervención	Profesional encargado de la intervención	-Historias clínicas -Registros del profesional
Evaluación Procesual	Seguimiento del proceso	Profesional encargado de la intervención	-Historias clínicas -Registros del profesional
Evaluación Final	Entender los avances y limitaciones del programa para realizar mejoras.	Profesional encargado de la intervención	-Historias clínicas -Registros del profesional

A modo de síntesis se presentará el siguiente esquema

**Tabla 11: Categorías y sistemas**

MICROSISTEMA		
LO QUE SE HACE	LO QUE DICE LA LITERATURA	LO QUE SE PRETENDE HACER
<p><b>Psicoterapia individual:</b> Este tipo de intervención es utilizada como herramienta central de la intervención psicológica, se da desde parámetros médico (DSMIV). Definiendo las alteraciones emocionales, psíquicas y sociales desde elementos patológicos.</p> <p>Se privatiza el dolor y se aleja de la posibilidad de otro tipo de intervenciones más integrales. No se tiene una ruta establecida, ni acciones que orienten el que hacer de la intervención por lo que cada estudiante en su año de práctica, muchas veces sin conocimiento del tema aborda esta población desde orientaciones que no incluyen una intervención integral. A esto, se suma el hecho de no tener espacios para la consulta privada, donde se respete la intimidad de cada sujeto, no se disponen de consultorios donde no se interrumpa la consulta.</p>	<p><b>Psicoterapia individual:</b> La literatura señala la necesidad de incluir programas integrales donde el centro de la intervención no sea solo el proceso individual sino que se incluyan acciones de intervención desde la familia, comunidad, instituciones, etc. Esta intervención individual debe ser complementaria (y no eje central de la intervención) a otras acciones psicosociales cuando se habla de intervención (Ministerio de Protección social 2004).</p> <p>Diferentes autores destacan la importancia de abordar el sujeto desde una mirada psicosocial y no desde una patologizante entendiendo el carácter social en el que se inscriben los hechos violentos.</p>	<p><b>Psicoterapia individual:</b> Se pretende orientar la intervención desde modelos psicosociales integradores, capaces de reconocer la víctima como agenciadora de sus propios procesos y de los procesos de otros en situaciones similares. Esta orientación permitirá integrar todas las esferas en las que se desenvuelve estos sujetos. La intervención individual entonces será parte del engranaje de todo el proceso, este se dará desde psicoterapias breves que permitan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Restauración del nivel emocional</li> <li>-Comprensión de los eventos violentos</li> <li>-Identificación de recursos propios</li> <li>-Desarrollo de habilidades que permitan adaptarse a las nuevas condiciones de vida</li> <li>-Desarrollo del proyecto de vida a partir de los hechos vividos</li> </ul> <p>Se hace necesario la asignación de consultorios privados que privilegien el respeto y la intimidad por la palabra de las víctimas que llegan a su proceso de reparación.</p>

<p><b>Acompañamiento familiar/pareja:</b> no existen acciones que articulen este componente a los procesos de reparación.</p>	<p><b>Acompañamiento familiar/pareja:</b> La literatura menciona la familia como facilitadora en los procesos de reparación, siendo esta la red natural y más cercana, de este modo existe la posibilidad de que se brinden dentro de las familias relaciones psicoafectivas que favorezcan la reparación. Las familias tienen características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra institución que hasta ahora haya logrado reemplazar como fuente de satisfacción psicoafectiva de todo ser humano, Hernández (1997). Valorar este recurso, significa pensarse los procesos de reparación como un todo integral que facilite los procesos de reparación.</p>	<p><b>Acompañamiento familiar/pareja:</b> Se pretende integrar la familia como elemento facilitador de la reparación. La familia es la red de apoyo primaria que puede favorecer o interrumpir un proceso de reparación. No solamente el individuo tienen afectaciones tras un hecho violento, sino que la familia también sufre impactos debido a las transformaciones internas, los cambios de roles, la adaptación a diferentes situaciones. Trabajar las fortalezas que traen consigo las familias permite mejorar las condiciones de convivencia, de comunicación y de reconstrucción de tejido social, favoreciendo el proyecto de vida familiar e individual a través de la resignificación del hecho y del reconocimiento de las transformaciones como generadores de cambio positivo.</p>
<p><b>Acompañamiento al cuidador:</b> No se articula ninguna acción que oriente o acompañe al cuidador en los procesos de reparación.</p>	<p><b>Acompañamiento al cuidador:</b> Diferentes autores plantean que se puede desarrollar trastornos en los cuidadores debido exposiciones constantes de estrés, cansancio físico y agotamiento mental. En el artículo Síndrome del cuidador: Como cuidar al que cuida, publicado por el Hospital de Niza en 2003 se señala la importancia de orientar y acompañar al cuidador como principio de prevención frente a las dinámicas que vive a diario, explican además que este tipo de trastorno no se da específicamente por una situación puntual sino que la sumatoria de diferentes situaciones y la lucha diaria en rol como cuidador demandan un sobre esfuerzo de tiempo y energía que si no se enfrenta con los elementos y herramientas claras puede agotar como se mencionaba anteriormente las reservan tanto físicas como mentales, por lo que no se vería beneficiado ningún proceso de reparación.</p>	<p><b>Acompañamiento al cuidador:</b> Comprender la importancia del cuidado al cuidador significa entender que esté supone un eje central en la recuperación de todo paciente víctima. Se debe brindar un acompañamiento en el que el cuidador pueda educarlo, orientarlo y dotarlo de elementos que le permitan resolver las situaciones que se presenten en el día a día, tanto en lo físico, emocional y psicológico, para esto de deben brindar espacios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía y educación de los procesos de recuperación</li> <li>- Acompañamiento al cuidador (espacios de escucha activa y devoluciones sobre los malestares que pueden presentar).</li> </ul>

EXOSISTEMA		
LO QUE SE HACE	LO QUE DICE LA LITERATURA	LO QUE SE PRETENDE HACER
<p>En el ámbito social, concerniente a las redes sociales como: amigos, vecinos, ámbito hospitalario, etc, no se tiene ninguna acción que se articule a los procesos de reparación dentro del Hospital.</p>	<p>Diferentes autores y lineamientos propuestos desde el gobierno señalan la importancia del componente social en los procesos de reparación. En el II seminario “retos en la atención y reparación integral a las víctimas, en perspectiva psicosocial: Protocolos” señala como “la visión integradora de la perspectiva psicosocial, se enmarca en la interrelación que existe entre lo cultural, lo antropológico, lo social, lo psicológico, que en este sentido resulta evidentemente de una interconexión con la salud mental, de un dialogo entre lo singular y lo colectivo, entre el sujeto y la comunidad afectada, de esa interacción entre las acciones y las diferentes medidas que se puedan garantizar”. De esta manera se pueden enlazar las personas víctimas de hechos violentos con los recursos sociales de ayuda, potencializando la reconstrucción de tejido social, a través de la identidad, el reconocimiento y así mismo el apoyo de los grupos sociales.</p>	<p>Se pretende con este componente incluir todas las esferas del paciente víctima dentro del proceso de reparación, de modo que, el componente social integre de manera acertada esfuerzos que permitan la reconstrucción social, el fortalecimiento de redes sociales, la identidad y la movilización de él como agenciador y del entorno en que se desenvuelve. A través de grupos de apoyo se trabajará en talleres con acciones específicas que den significado al proyecto de vida de las personas y se utilizaran técnicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Narrativas (en la construcción de memoria colectiva y como medio de simbolización de los hechos)</li> <li>-Técnicas basadas en lúdicas: que faciliten la expresión de emociones a través de diferentes manifestaciones.</li> </ul>

MACROSISTEMA		
LO QUE SE HACE	LO QUE DICE LA LITERATURA	LO QUE SE PRETENDE HACER
<p><b>SEMINARIOS: Evento masivo de reflexión</b> - No existen espacios de reflexión donde la sociedad en general pueda ser partícipe de estos procesos de reparación.</p>	<p><b>SEMINARIOS: Evento masivo de reflexión</b>          – Los espacios de reflexión con diferentes sectores como la sociedad civil, instituciones académicas, gubernamentales, etc, constituyen una propuesta incluyente donde se razona de manera colectiva sobre los eventos atroces acaecidos, buscando soluciones en aras de transformaciones sociales Rueda, J (2013). Diferentes autores plantean la necesidad de pensarse la sociedad como un recurso dentro del engranaje de un proceso de reparación, a través de la validación de discursos, la recopilación, el registro y la divulgación de los procesos de intervención, de las historias de vida y de las experiencias de intervención, se apuesta por la recuperación política, social e histórica de las víctimas. “La respuesta psicosocial requiere una reconstrucción hacia ubicar a la cultura en el centro del proceso más amplio de la reconstrucción social del país” II seminario “Retos en la atención y reparación integral de las víctimas, en perspectiva psicosocial: Protocolos” (2012).</p>	<p><b>SEMINARIOS: Evento masivo de reflexión</b> – La articulación de estos espacios al proceso de reparación tendría como objetivo la incorporación de diversos actores sociales como propuesta incluyente. Este espacio de reflexión buscaría a través de mesas de diálogo, seminarios académicos, espacios de discusión, la dignificación de los derechos de las víctimas, la posibilidad de participación de diferentes entes, la consolidación de encuentros académicos y la divulgación de los testimonios, de las historias de vida, de la construcción de memoria colectiva y por supuesto de la evaluación de los procesos de intervención llevados a cabo en el hospital como acciones integrales en los procesos de reparación.</p>



## 7. DISCUSIÓN

La discusión se planteará a partir de tres elementos importantes que resultaron de la propuesta de intervención.

El primer elemento a discutir tiene que ver con el modelo médico tradicional en el que inscriben las intervenciones psicológicas dentro del servicio médico prestado, en el Hospital Universitario del valle “Evaristo García” E.S.E. La literatura a través de diferentes autores plantea la necesidad de pensar los procesos de intervención desde otro tipo de modelo que no sea el modelo médico y psicológico tradicional (individual), esto con el fin de que la ayuda terapéutica pueda incluir todas esferas de la vida de un sujeto.

Pensar un modelo integrador capaz de orientar los procesos de intervención significa entender que se debe intervenir desde aspectos psicológicos, sociales, políticos, culturales, etc; este modelo integrador permite que el sujeto se desligue de una atención asistencialista y posibilite espacios de intervención-acción donde la comunidad y la sociedad en general aporten a estos procesos.

Pero debe aclararse lo siguiente: un modelo integrador va a abrir la posibilidad de potencializar los recursos propios de los individuos al dotarlos de herramientas que puedan utilizar como gestadoras de sus propios procesos; se debe ponderar las relaciones del individuo, su entorno socioambiental, de tal manera que estas sean utilizadas en el proceso de intervención como engranaje de un proceso más incluyente e integral. De ahí que, Barriga (1991) plantea que “No se puede pretender resolver la situación personal de un sujeto, sin tener en cuenta las redes sistémicas en que se halla engarzado”. Sin embargo, lo que es aún más importante de la intervención que esta psicosocialmente orientada es que hace de la experiencia de reparación psicológica de un individuo un proceso igualmente reparador de los tejidos sociales. Es decir, desde la perspectiva psicosocial la dimensión social no sólo implica la evaluación e intervención de los agentes que se encuentran en el entorno de un individuo (los conocidos y

familiares de la víctima del conflicto armado), sino que ante todo implica el conglomerado de sujetos anónimos que somos todos en tanto pertenecientes a una sociedad. Apostarle a la reparación psicológica de un individuo desde la perspectiva psicosocial, es aportarle a que la sociedad se concientice de las situaciones que se originan en su seno, y de las facilidades, complicidades y justificaciones que se dieron para que se dieran tan horrorosos hechos que degradan la dignidad de todos los ciudadanos de un país.

En la propuesta que se hizo se intentó tal aspecto, a través de la creación de seminarios de reflexión que de manera periódica deben realizar los profesionales interventores a cargo de diversos servicios de salud. No puede olvidarse que el Hospital Universitario del Valle, es un hospital universitario. Esto es, un centro de atención de tercer y cuarto nivel que tiene además como misión institucional la formación de profesionales en salud. Y esta formación a médicos, fisioterapeutas, entre otros, no puede quedar reducida a la transmisión de conocimientos sobre las intervenciones biológicas o físicas que necesitan los sujetos que demandan sus servicios.

Este cambio debe darse en la medida que los procesos de intervención no pueden darse aislados en un consultorio, donde se privatice el dolor, por el contrario, se deben abrir espacios de escucha activa, de narrativas, de experiencias de vida y lo más importante de divulgación, esto permite que se repare de manera significativa los impactos a nivel psicológico, social, político, cultural y moral; devolviendo la confianza en el otro, en la instituciones y en la Nación, sólo de este modo se puede concebir una reparación integral que este encamina a resarcir los impacto psicosociales y que permita la reconstrucción del sentido y proyecto vida.

El segundo elemento a discutir obedece a la necesidad de protocolizar toda intervención a partir de la evaluación y del sentido de esta misma (analizar necesidades y desarrollar planes de mejoras). Para esto, las evaluaciones son ejes centrales de todo programa o investigación a desarrollar, la evaluación inicial por ejemplo nos ayuda a entender las necesidades de la población a intervenir y a partir de esta valoración de necesidades se desarrolla un plan de acción (corresponde al norte y orientación del programa), mientras que la

evaluación final corresponde a indagar sobre avances y limitaciones de la intervención. Como lo señala 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 que se va a intervenir y el porqué, para finalmente comprender los alcances y limitaciones del programa con el fin de desarrollar estrategias de mejoramiento.

Otro punto clave que nos trae la evaluación es la necesidad de sistematizar los procesos de intervención; esta supone organizar de forma estructurada propósitos, tiempos y recursos, amparados desde un modelo que permita obligar al interventor a pensar en acciones sistemáticas que posibiliten una intervención eficaz y eficiente.

Por último, es necesario repensarse la psicología como disciplina aislada, que promueve el asistencialismo y un modelo personalista que se aleja de los sistemas ecológicos y de los orígenes histórico-contextuales en los que se inscriben los individuos. 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 recaer como ejes centrales, se podría pensar en constituirse en la razón última de la intervención. Al fin y al cabo, la condición efímera y aún insignificante del individuo en relación con el todo que es la sociedad obliga a 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. En la era de la salud pública que se le daba prelación a la atención de cuadros clínicos ocasionados por la transmisión de enfermedades infecciosas este aspecto resultaba muy claro. La atención en salud a un sujeto que padecía alguna forma de “peste” importaba en tanto con ella se lograba que no se creara nuevos casos y no amenazará así al conjunto de toda la sociedad.

Por último queda pendiente la posibilidad de implementar la intervención desde la orientación psicosocial que dará un peso al programa de rehabilitación y que sin duda ofrecerá un proceso de reparación integral y de acción sin daño.

Aunque la propuesta queda establecida con su plan de acción, es necesario la implementación y evaluación que permitan ofrecer otro tipo de intervención más integral. Este proceso está planteado para llevarse a cabo de forma anual, exigiendo la evaluación como proceso de la intervención.

Cabe mencionar que el programa queda inscrito en los procesos desarrollados en el marco del post conflicto, pero que sin duda puede constituir una nueva mirada frente a las intervenciones con otro tipo de pacientes, por lo que se considera pertinente plantearse la atención hospitalaria desde diferentes estrategias de intervención, por las cuales se puede considerar la extensión y extrapolación del programa a cualquier paciente que sea atendido en un ámbito hospitalario.

Comprender entonces la importancia de todas las esferas que implica la vida en sociedad implica pensar cualquier proceso de intervención como un engranaje que integra todos los componentes tales como lo individual – social – cultural – político, etc.

## 8. CONCLUSIÓN

Se encontró a través de los datos estadísticos y cualitativos una población diversa con necesidades particulares, en su mayoría personas que han sido víctimas procedentes de la zona sur occidente del país, en edad adulta. Se encontraron diferentes patologías físicas, pero con una alta incidencia de amputaciones producto de explosiones por artefactos. Esta población es llevada a la UMRF con el fin de iniciar su proceso de rehabilitación tras el hecho violento.

A nivel psicológico se encontraron diferentes impactos en la salud mental, tales como: depresión, estrés post traumático, ideación suicida, pensamientos obsesivos y actos compulsivos, impulsos agresivos, problemas asociados a la memoria, crisis de pánico, trastornos del sueño; a nivel social se presentan dificultades para relacionarse, aislamiento total y dificultad para construcción de redes sociales, también se dificulta la confianza en las instituciones y se tiene temor hacia los procesos que deben llevar a cabo con los entes gubernamentales. Todas estas dificultades en los diferentes niveles traen consigo consecuencias sobre el sentido y proyecto de vida, configurando situaciones de más vulnerabilidad y revictimización.

A partir de los datos encontrados a través del análisis de la literatura se encontró un especial interés por metodologías que integren los procesos de intervención a través de un conjunto de redes de apoyo, que pretendan incluir el trabajo interdisciplinar como eje transversal a todos los procesos de intervención. Se pone de manifiesto, la necesidad de realizar evaluaciones con el fin de comprender las necesidades específicas de la población a intervenir. Además de esto se establece la necesidad de protocolar los procesos de modo que la intervención se dé bajo pautas establecidas e integradoras.

Por todo ello, se recomienda en primer lugar reconocer la necesidad que se tiene en cuanto al cambio de mentalidad de los procesos individuales que son dados en los espacios de atención en salud, donde se obligue al interventor a pensar en acciones en caminas al bienestar BIO-PSICO-SOCIAL. Estas acciones deben corresponder a experiencias colectivas dejando la intervención

individual como parte del engranaje y no como eje central y pone la evaluación como eje transversal a todo el proceso.

Se encuentra un particular interés por protocolarizar a través del modelo ecológico la forma de intervenir, sistematizando los procesos, de modo que las acciones tenga objetivos claros, propósitos y tiempos a cumplir. Se entiende este modelo como un modelo dinámico que permite incluir todos los actores como agentes activos y participativos de los procesos, de ahí que, el modelo ecológico se convierte en un modelo de acción integral capaz de integrar recursos individuales y colectivos que permiten el ejercicio activo de la promoción del bienestar total del individuo, introduce a su vez una dinámica de corresponsabilidad donde todos los actores conforman redes de apoyo, solidaridad y altruismo, en una actitud de búsqueda que reconoce las víctimas como sobrevivientes y sujetos de derechos.

## 9. BIBLIOGRAFIA

Alzate, M., Duran, M., Y Sabucedo, J. (2009). Población civil y transformación constructiva de un conflicto armado interno: aplicación al caso Colombiano. [Date of reference: 8 / noviembre / 2015] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n3/v8n3a8.pdf>

Arévalo Naranjo, Liz. Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva Revista de Estudios Sociales [online] 2010, (Agosto): [Date of reference: 17 / noviembre / 2015] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81514696003>> ISSN 0123-885X

Aristizábal, E., et al. 2011. Síntomas y Traumatismo psíquico en Víctimas y Victimarios del conflicto armado en el Caribe Colombiano. Psicología desde el caribe. Vol. 29, n.º 1, enero-abril 2012 issn 2011-7485

C, Courteille., I, González. 2014 Propuestas y experiencias de atención capítulo IV. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1461/6/05CAPI04.pdf>. Atención psicosocial a poblaciones víctimas de la violencia y el conflicto armado.

Congreso de la república. Ley 1448 de 2001.

Constructiva de un conflicto armado interno: aplicación al caso colombiano. Universitas Psychologica, Vol.8, Núm. 3, Septiembre-diciembre, 2009, pp. 703-720. Pontificia Universidad Javeriana.

Evaluación del inventario BDI-II. (2011). Consejo General de Colegios de Oficiales de Psicólogos. Retomado el 09 de diciembre de 2013 a las 3:00 pm. Disponible en: <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Glosario (2011). Disponible en: <http://www.unidadvictimas.gov.co/images/docs/GLOSARIO.pdf>.

Guía de atención en salud mental comunitaria específica y diferencial por crímenes de lesa humanidad para las víctimas del conflicto armado desde un marco de reparación. (2011). Convenio de cooperación 079 entre la Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <http://corporacionvinculos.org/home/wp-content/uploads/2013/02/Guia-Salud-Mental-Comunitaria-por-Delito-Lesa-Humanidad.pdf> fecha de consulta 10/12/13 hora: 3:40. GMH.

¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad (2013). ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y paz. Bogotá: Imprenta Nacional. [Date of reference: 10 / agosto / 2015] Disponible en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>

Guillén, C. (1996). Intervención social. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces. España. Editorial Anthropos

Ibáñez M. (2010). Tres veces Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia. Retomado el 27 de octubre de 2013 a la 7:20 pm. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7372.pdf?view=1>

Latorre, E. (2010) Memoria y resiliencia. Estudio de la memoria de las víctimas del conflicto armado en el departamento del Magdalena: Visibilización, Catarsis y resiliencia. Prolegómenos. Derechos y Valores, XIII, núm. 25, enero-junio, 2010, pp. 95-109, Universidad Militar Nueva Granada. Colombia

Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. A. & Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXIV(4) 493-505. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634403>



Londoño, N., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Y Rojas, C. (2005). Salud Mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Choco, Colombia). Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXIV, Núm. 4, 2005, pp. 493-505, Asociación Colombiana de psiquiatría. Colombia.

Marín Baró, I., Punamäki, R. L., Rozitchner, L., et al (1990). Psicología social de la guerra: trauma y terapia. San Salvador: UCA Editores.

Mendoza, D. 2010 "Programa de intervención con familias víctimas del conflicto armado Colombiano, vinculados en procesos de reparación". Director: Ricardo Torres. Universidad pontificia Bolivariana. Bucaramanga

Montero, 2004 "Marco conceptual para la evaluación de programas en salud".

Morales 2010 "Atención de víctimas de violencia, derechos de las personas: guía práctica para uso en servicios de emergencia y consulta externa". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Permanente para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia. -- Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2010.

Muñiz, O. et al. (2005). Subjetivización de la experiencia violenta en el trastorno por estrés postraumático. Revista ISSN: 1677-1168, v.11, fasc.18 p.188 - 204, 2005.

Disponibile en:

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2FDocumentos%2520y%2520Publicaciones%2FPAPSIVI%2520VERSION%2520PRELIMINAR%252025%2520Febrero%25202013.doc&ei=K1T4Utu5M-musASc4oHwCA&usq=AFQjCNEWIDJznYpgVudxZjuUdw6Mp8JA&sig2=ajFUEe9IzIE1XI0GH3I8Wg&bvm=bv.60983673,d.eW0>. Fecha: 26/11/13.

Pérez, P. (1999) Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Ediciones Exlibri. Madrid.

*Población y Salud en Mesoamérica* 1 (2). San José: Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica, 2004. [Revista Electrónica]. Disponible en: <[http:// ccp.ucr.ac.cr](http://ccp.ucr.ac.cr)>

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Oficina de promoción social con la colaboración puntual de las direcciones de: promoción y prevención y prestación de servicios. Ministerio de la Salud y protección social.

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011. (2012). Bogotá; Oficina de promoción social con la colaboración puntual de las direcciones de: Promoción y Prevención y Prestación de servicios.

Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la ley 1448 de 2011. Versión 2 ajustada. Elaborada por la oficina de promoción social con la colaboración puntual de las direcciones de: promoción y prevención y prestación de servicios. Noviembre de 2012

Ramírez, C., 2013 Postguerra y salud mental. El Salvador. Consultado el 18 de noviembre de 2013. Disponible en: [http://www.adital.com.br/site/noticia\\_imp.asp?lang=ES&img=S&cod=73208](http://www.adital.com.br/site/noticia_imp.asp?lang=ES&img=S&cod=73208).

Revista hechos de paz (2001) ABC de la ley de víctimas. (Ed. 61). Bogotá. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD. El ABC de la ley de víctimas.

Rojo, V (2003). *Efectos de la guerra y la violencia organizada en salud mental*. Grupo de salud mental. Médicos del mundo.

Segura, C. (2010). Impacto del conflicto armado interno en la familia colombiana. Estudios en Derecho y Gobierno, vol. 3, no.2, julio – diciembre, 2010, ISSN 2027 3304.

Silverio barriga Departamento de psicología social, universidad de Sevilla  
Revista papeles del psicólogo. Epoca II. #50, 1991, Pag 49-52

Sistematización de Experiencias de Atención Psicosocial en Antioquia. Municipios afectados por el conflicto armado y población desplazada 1999-2003. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. Dirección seccional de Salud de Antioquia. 2003

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Retomado el 10 de diciembre de 2013 a las 10:30 pm. Disponible en: <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/sala-de-prensa/noticias/79-noticias/1021-cuarenta-victimas-ingresaron-al-registro-unico-de-victimas-tras-jornada-de-atencion-en-quiبدو>

Víctimas del conflicto armado desde un marco de reparación. (2011). Convenio de cooperación 079 entre la Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <http://corporacionvinculos.org/home/wp-content/uploads/2013/02/Guia-Salud-Mental-Comunitaria-por-Delito-Lesa-Humanidad.pdf> fecha de consulta 10/12/13 hora: 3:40.

Villa G. Horizontalidad, expresión y saberes compartidos. Enfoque psicosocial en el proceso de acompañamiento a víctimas de la violencia política en Colombia. "El papel de la memoria colectiva en la reconstrucción del tejido social y el empoderamiento colectivo de las víctimas" V.13 No 1 PP. 1-278 Enero-Junio 2013 ISSN: 1657-8031