

# 5

## EXPERIENCIAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD CON JÓVENES PARTÍCIPES EN LA DINÁMICA DE VIOLENCIA URBANA

### **CITA ESTE CAPÍTULO**

---

Torres, Juan C. & Salcedo, Marco A. (2020). Experiencias de un modelo de atención psicosocial en salud con jóvenes partícipes en la dinámica de violencia urbana. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 136-160). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

## CAPÍTULO V

# EXPERIENCIAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD CON JÓVENES PARTICIPES EN LA DINÁMICA DE VIOLENCIA URBANA

*Juan Carlos Torres*

*Universidad del Valle*

*Orcid: <https://orcid.org./0000-002-7655-2253>*

*Marco Alexis Salcedo*

*Universidad Nacional de Colombia, Sede Palmira*

*Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>*

*Hay que dejar atrás todo el drama de la ira y el perdón para forjar actitudes que en verdad sustenten la confianza y la reconciliación... El amor ciertamente supone nunca pedir perdón... se caracteriza mejor por su generosidad*

*Martha Nussbaum*

## Introducción

**E**n el siguiente texto se exponen las características y algunos de los logros obtenidos en un programa de intervención psicosocial realizado por un grupo de psicólogos integrantes de un equipo interdisciplinar en salud de una ONG internacional. Este programa fue un proyecto de rehabilitación integral y prevención de la violencia compuesto por psicólogos, trabajadores

sociales, enfermeras, fisioterapeutas y educadores en salud que estaba dirigido a la atención de personas lesionadas en hechos de violencia urbana, fundamentalmente jóvenes habitantes de un sector popular de Cali, Colombia.

En el texto se destaca la importancia de implementar procesos de intervención en salud pública desde una perspectiva psicosocial y por fuera de las instituciones hospitalarias, preferiblemente en las zonas donde habitan las personas a intervenir, como estrategia para transformar las realidades sociales que están ocasionando la problemática en salud y como medio para desarrollar intervenciones individuales más pertinentes y efectivas.

## **El Profesional de la Salud en Misiones Comunitarias.**

Según lo plantea Michel Foucault en 'El nacimiento de la clínica' la medicina moderna ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII (Foucault, 1985). Es el momento en que nace la medicina como una ciencia positiva, resuelta a abandonar las quimeras que produce la imaginación y la especulación para empezar ahora a escuchar a la razón y a los hechos. A partir de esa fecha, la medicina sólo accede a la experiencia de la enfermedad desde el conocimiento fisiológico y al interior de las instituciones hospitalarias recién creadas. El prestigio que adquiere la medicina en el siglo XIX entre las ciencias de la vida le permite constituirse en el modelo disciplinario paradigmático de todas las nuevas profesiones en salud que surgen en ese siglo y en el posterior. La psicología, la enfermería y la fisioterapia, inician su quehacer profesional desarrollando sus intervenciones clínicas entre los laboratorios y los consultorios que se encuentran adscritos a un hospital, tal cual como en la fecha lo hacía la medicina. En los hospitales, decía Vicq d'Azyr en un artículo de 1805 titulado "Abus du dictionnaire de Medecine" (Citado por Foucault, 1985), las enfermedades y la muerte ofrecen sus grandes lecciones. En los hospitales se escribe la historia de los males que afectan a tantas víctimas, se enseña el arte de observar y de tratar las enfermedades y se fundan las cátedras de medicina clínica.

Los progresos obtenidos por las ciencias médicas a fecha de hoy -sin duda-, tienen relación con esa concentración de recursos humanos, físicos y de conocimientos que propició la institución hospitalaria, pero tal logro implicó recusar la inédita conciencia política que la medicina había comenzado a consolidar en las décadas anteriores al nacimiento de la clínica moderna. Antes de que las prácticas profesionales en salud se convirtieran en un ejercicio clínico ordinariamente desarrollado al interior de un hospital, existió, según Foucault (1985), una medicina de las epidemias cuyo análisis clínico no se imponía como tarea reconocer la forma general de la enfermedad, situándola en el espacio abstracto de la nosología, sino reconocer el proceso singular, en este momento de tiempo, en este lugar del espacio, que la forma mórbida tejía y que la diferenciaba de otras epidemias. Dice Foucault:

[En la medicina de las epidemias], el espacio médico puede coincidir con el espacio social, o más bien atravesarlo y penetrarlo enteramente... [En tal sentido], no habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía: vigilar el emplazamiento de las minas y de los cementerios, controlar el comercio del pan, del vino, de la carne; sería menester que después de un estudio detallado de todo el territorio, se estableciera, para cada provincia, un reglamento de salud para leerse en el sermón o en la misa, todos los domingos y fiestas, y que hiciera referencia a la manera de alimentarse, de vestirse, de evitar enfermedades, de prevenir, de curar... (Foucault, 1985, p. 48).

La medicina de las epidemias enseñó que tales males tienen una individualidad histórica que debe ser incluido en el análisis clínico y al que infortunadamente la clínica institucionalizada accede a ella de manera muy parcializada. En el hospital, las ciencias de la salud escuchan preferentemente al homo natural que revela cualquier cadáver humano, no al homo social que vive en un entorno comunitario.

En el mundo hospitalario el sujeto enfermo es un paciente, no un ciudadano que vive en condiciones materiales concretas posibilitadas por un orden social específico. En cambio, en la medicina de las epidemias:

El lugar en el cual se forma el saber no es este jardín patológico en el cual Dios había distribuido las especies, es una conciencia médica generalizada, difusa en el espacio y en tiempo, abierta e inmóvil, ligada a cada existencia individual, pero, asimismo, a la vida colectiva de la nación (Foucault, 1985, p. 56).

Estas lecciones, estudiadas desde hace más de dos siglos, han dado origen en las últimas décadas a diversas propuestas al interior de las disciplinas de la salud que propugnan por realizar intervenciones profesionales por fuera de los tradicionales lugares de confinamiento en que se venían dando. Según lo relata Sánchez y Fuentes (2016), pese a que el desarrollo histórico de las ciencias de la salud ha estado ligado a las instituciones hospitalarias, en la actualidad existen varios modelos de atención externa que buscan solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria, los riesgos que supone el internamiento hospitalario y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Entre las propuestas de atención externa que cabe destacar se encuentran las misiones sanitarias temporales en el barrio, en zonas rurales o en territorios marginados, programas de hospitalización domiciliaria, proyectos comunitarios de atención en problemáticas específicas de salud y programas de atención en casa como Home Care. En efecto, Sánchez y Fuentes (2016) señalan que limitaciones como la pobre capacidad de atención en salud en las áreas rurales, la alta derivación de los usuarios pertenecientes a zonas urbanas marginadas a instituciones de salud centrales en la ciudad para la prestación adecuada de servicios, la reducción dramática de camas hospitalarias en el mundo, por ejemplo en Europa, en donde se pasó de contar con 7.5 camas por 1000 habitantes a mediados de los años 90 a 2.5-3 camas por 1000 habitantes en mediciones realizadas en el año 2005 (Sánchez y Fuentes, 2016), o el colapso de las salas de urgencias y la remisión de usuarios a instituciones de mayor nivel de complejidad para la resolución de patologías por profesionales especializados, todos estos factores han llevado al retorno de la asistencia sanitaria externa del paciente, tal como se daba en el tiempo preexistente a la institución hospitalaria.

El punto por destacar sobre este retorno de la atención por fuera del hospital es que las mismas intervenciones en salud implican una comprensión distinta de las problemáticas de las personas,

precisamente porque demandan la adquisición de la conciencia política que indicó Foucault era característica de la medicina intrahospitalaria. En el caso particular de la psicología, la búsqueda de diversas estrategias en salud pública para la transformación de las problemáticas sanitarias que enfrentan muchas comunidades ha llevado a muchos profesionales de la psicología a adoptar modelos psicosociales en sus propuestas de intervención.

En la abundante literatura que hay al respecto (Estrada, Ripoll, & Rodríguez, 2010; Lira, 2010; Moreno y Díaz, 2016, Estrada, Ibarra & Sarmiento, 2003) se afirma que los modelos biopsicosociales de intervención buscan potenciar las tres esferas que enmarcan la actividad humana: La física, psicológica y social (Organización Mundial de la Salud, 2013), reconociendo así las necesidades de la población, al igual que los recursos y formas de afrontamiento que adopta la comunidad para resolver sus dificultades.

Desde este modelo se reconoce la importancia del acompañamiento interdisciplinar (Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010) en la cual cada una de las profesiones participantes deben generar herramientas que permitan la atención integral de todo sujeto con padecimientos orgánicos vinculados a problemáticas sociales. Sería ese un modelo de atención con enfoque diferencial, que propicia la caracterización de las particularidades subjetivas del individuo que participa en la intervención considerando su ciclo vital, género, pertenencia a grupos étnicos, discapacidad, tipo de lesión orgánica y procedencia geográfica.

Este sería un modelo de atención que se propone como alternativa de intervención para las instituciones y organizaciones que abordan problemáticas de salud pública, usualmente conducidas en sus praxis profesionales por discursos en salud que desconocen la dimensión social, jurídica y política en que se inscribe la vida humana. Varias ONG internacionales han desarrollado proyectos de ayuda social a países afectados por problemáticas sociales con modelos de atención en salud pública que cuestionan los procesos de intervención individualizante cuyo fin último es procurar la cura y rehabilitación de las enfermedades físicas, sin posibilitar la elaboración psicológica o social de los antagonismos sociales que las han causado.

Dichas organizaciones no gubernamentales usualmente operan por fuera del contexto hospitalario, pues son conscientes de las limitaciones que tienen los modelos de comprensión biomédicos que se cultivan al interior de los hospitales, los cuales afianzan una lectura privada del padecimiento de los sujetos, en contraste con el potencial que poseen los modelos de intervención externos, por definición psicosociales, en los que las heridas, los padecimientos y lesiones físicas de un individuo no son discernidas solo como afectaciones de su tejido corporal sino también como símbolos, mensajes y memorias de las lógicas de relación que operan en la sociedad (Obando, Salcedo y Correa, 2017).

Un error común de la medicina intrahospitalaria ha sido creer que la evolución orgánica de un padecimiento fisiológico no revela la historia psicológica o la situación del hombre en el mundo. La visión psicosocial da crédito al hombre mismo, y no a las abstracciones sobre la enfermedad, analizando las formas concretas que puede tomar la experiencia de un padecimiento orgánico en la vida psicológica de un individuo. La forma en que un sujeto acepta o rechaza su enfermedad, la forma en que la interpreta y da sentido a sus formas más absurdas revela conflictos y contradicciones con el entorno en que vive el sujeto. Una enfermedad no supone meras alteraciones fisiológicas que afectan a un individuo; sus manifestaciones generan reacciones conflictivas con su hábitat que ponen al descubierto las estructuras de exclusión social que se cierne sobre la sociedad actual.

De esta manera, por fuera del contexto hospitalario, resulta obvio para los profesionales de la salud que las afecciones orgánicas no son meras entidades naturales incrustadas en las personas; son realidades sociales, reivindicaciones políticas, injusticias y modos inadecuados de tramitar conflictos sociales, que requieren intervenciones psicosociales aptas para la construcción de tejido social y el fortalecimiento de la identidad colectiva como mecanismos de contingencia que refuerzan la integración social, desde la pretensión de minimizar los impactos negativos, los factores de exclusión y la revictimización de sujetos en situación de vulnerabilidad física, social o psicológica (Beristain 2008).

## **La Violencia como Problemática de Salud Pública.**

La violencia es -sin duda- un problema de salud pública (Ramírez, 2006; Franco y Forero, 2002; Franco, 1997; Camacho y Guzmán, 1990; Concha, 2002; Ibáñez-Rojo, Díaz del Peral, y Moreno 2004; Barney y Guizado, 1990), que en el contexto social urbano actual en Latinoamérica representa una situación compleja y desconcertante tanto político como socialmente (González, 2013), al haberse convertido en un mal cotidiano presente en casi todas las sociedades latinoamericanas contemporáneas" (Cruz, 1999).

La violencia no es sólo un hecho inmediatamente observable y generalmente trágico; es, como lo había señalado años atrás la organización panamericana de salud, todo el conjunto de condiciones que la hacen posible, de formas de manifestarse, de hechos en los cuales se concretiza, de consecuencias directas e indirectas y que implican tanto a los agentes como a las víctimas. Es decir, la violencia es un proceso y no un hecho aislado, existiendo, en consecuencia, diversos tipos, momentos, formas e intensidades de violencia (Organización panamericana de Salud, 1990).

Malvezzi había subrayado años atrás (2004) que la acción humana es producto de la estructura de condiciones que la interacción social crea como contexto para un individuo. La lógica de una acción se revela al reconocerse en la dimensión social un campo de fuerzas en el cual actúan expectativas colectivas, intenciones e intereses individuales, cosmovisiones culturales, papeles e identidades posibles para los sujetos. Esta comprensión de la acción humana nos permite afirmar que la violencia es un producto histórico, complejo, contradictorio e inacabado que tiene como finalidad reproducir un orden social específico, por lo que su concreción es tanto material como simbólica (Luna, 2013).

En el caso puntual de la violencia urbana, más que obedecer a propósitos particulares de los individuos o a formas disruptivas de reaccionar ante el conflicto, responde a un origen social general, vinculada, según lo menciona Camacho y Guzmán (1990), al proceso de construcción de las urbes modernas. Dicho origen

otorga al Estado un nivel importante de responsabilidad en la problemática. En la forma como se concreta el estado en las comunidades existentes en Colombia se podría entonces identificar las causas de la violencia urbana, sus diferentes modalidades, sus formas concretas de expresión, sus agentes y sus víctimas, sus consecuencias e implicaciones (Camacho y Guzmán, 1990).

La violencia en contextos urbanos se desarrolla con una alta participación de jóvenes en prácticas de agresión con armas letales. Ciertamente, estas prácticas son más frecuentes en contextos donde los jóvenes obtienen del Estado pocas garantías de bienestar social, lo que hace de la violencia un modo efectivo de lograr ascenso social y acceder a los bienes de consumo que en el sistema capitalista se promueven masivamente como los deseables. Sin embargo, también es una alternativa en otros escenarios donde las enemistades son un componente importante del prestigio social (Arévalo, 2010), por lo que la violencia es igualmente un modo de lograr respeto ante los demás, de resolver los conflictos que tienen en su vida diaria, y de organizar los vínculos sociales.

La violencia implica una modalidad de ser establecida por factores sociales que no hacen de los sujetos pertenecientes a los sectores más pobres los más expuestos y dispuestos a este tipo de relación. La violencia se puede considerar una institución cultural, una cosmovisión con sus características propias, en la cual son socializados un grupo amplio de personas, que habitan en diferentes escenarios urbanos, que van desde las zonas más marginadas de la ciudad hasta los sectores que acumulan mayor riqueza económica.

En este mundo de la violencia, por definición amorfo y sin localización urbana específica, se toman decisiones de acuerdo con ciertos reglamentos que son constitutivos de esta variedad cultural. Este mundo contiene estrategias, discursos implícitos, en ocasiones no claramente formulados, astucias que en últimas no son de nadie pero que son vividas por muchos y aseguran el funcionamiento y permanencia de sus mecanismos. Estar ahí para agredirse mutuamente parece constituirse en una forma de vínculo social de muchos, determinando las posiciones psicológicas que van asumir, desde la elaboración del sentido de pertenencia a un grupo de amigos y la defensa consecuente de su proceso identitario, como

un modo de encontrarle gusto por la vida en el riesgo que corren todos los días por sobrevivir.

La violencia que se ha enquistado en las zonas urbanas latinoamericanas la viven y la ejecutan especialmente jóvenes pertenecientes a un entorno comunitario marginal que ha hecho de la violencia un componente estructurante del reconocimiento social. En su entorno marginal están claramente definidas todas las dimensiones posibles de la problemática: Las prácticas de violencia que son aceptables y aquellas que no lo son; los discursos que las personas pueden articular alrededor del hecho de violencia, es decir, qué pasó, por qué pasó, quién lo hizo; y las formas de enfrentar sus consecuencias y los daños sufridos.

Ahora bien, los procesos de intervención psicosocial que se adoptan con la población directamente afectada por la violencia urbana adoptan una estructura de percepción que reconoce las consecuencias de este problema social como suscitadas por un orden colectivo que torna a todos víctimas y responsables de lo que acontece. Víctimas en tanto se convive en un contexto en el que no resulta fácil sostener la creencia de que la sociedad en que se vive se dan ciertas seguridades garantizadas por medios distintos a la violencia. Y responsable porque se integra una sociedad en la que pocos dialectizan un orden social general que ve en la violencia una práctica aceptable y que explicaría, por qué en el caso colombiano, nuestro país haya estado ostentando las tasas de homicidio más altas y persistentes del continente americano desde finales del siglo XX.

Finalmente, cabe señalar que la intervención psicosocial demanda una perspectiva de la resiliencia psicológica (Colmenares, 2002), 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 y a pesar de las experiencias atroces que pueda haber vivido el sujeto (Iglesias, 2010; Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010; Obando, Salcedo y Correa, 2017). Implica reconocer a los sujetos un estatuto de sobreviviente que le permita pasar de narrativas de odio y de victimización a las de historias con mejor forma, en las que ha resultado viable la construcción

de nuevas redes sociales que facilitan el empoderamiento de los recursos debilitados o nunca adquiridos en el proceso socialización en la cultura de la violencia.

Todo lo anterior son coordenadas que se consideran centrales para el desarrollo de una la intervención psicosocial a personas que han vivido en entornos con problemáticas sociales de violencia.

## **Descripción del Contexto y del Modelo de Intervención.**

Cali ha sido una ciudad gravemente afectada en las últimas cuatro décadas por problemas de violencia urbana, especialmente en el sector conocido como Distrito de Aguablanca (DAB). Esta zona administrativa de Cali cuenta con una población de más de 800.000 habitantes que representan más de la cuarta parte de la ciudad. Los estratos socioeconómicos son 0, 1, 2 y 3, es decir, un amplio espectro de condiciones económicas que agrupan desde personas que viven en las calles, pasando por los habitantes de invasiones con construcciones en madera, sobre pilares típicos del Litoral Pacífico, y viviendas subnormales hechas con esterilla y barro, hasta casas en ladrillo sin repellar y otras, completamente terminadas.

Aproximadamente el 50% de la población es de clase económica baja, un 20% vive en la pobreza absoluta y el resto son de clase media-baja; su composición étnica es plural: inmigrantes de la Costa Pacífica, del sur o del interior del país, quienes llegaron a la ciudad en busca de una vida mejor (Cfr. Salcedo, 2010; Cuenca, 2016). El índice de desempleo durante el tiempo en que se realizó la intervención 2005-2010 era del 17% al 20%, uno de los más altos de la ciudad. El 65% son trabajadores independientes, el 27.97% son empleados y el resto son desempleados; la mayor parte de la población trabajadora se dedica a labores independientes como el comercio, el servicio doméstico y la economía informal o el rebusque.

El ingreso económico promedio de los hogares es bastante bajo, limitando fuertemente sus posibilidades de mejora de la calidad

de vida, lo cual, al relacionarlo con la alta tasa de desempleo, los convierte en un grupo poblacional marginal cuya única opción de supervivencia la encuentran en la realización de actividades informales o ilícitas. Para dicha población, en especial la juvenil, conseguir empleo es una aspiración inasequible ya que son estigmatizados por el sector en que viven al considerárseles delincuentes o amigos de personas que realizan actividades delictivas.

Con el objetivo de dar una respuesta cercana a dicha problemática, se construyó e implementó una propuesta de intervención comunitaria desde una ONG médica internacional. Este programa inició su funcionamiento en junio de 1998 y fue transferido de la ONG a Secretaría de Salud Pública Municipal en junio del año 2004. Una parte del personal creador del programa permaneció en el servicio. La ONG promovía la ayuda humanitaria y desarrolla programas en 100 países, basando su trabajo en la intervención sobre la población afectada por desastres naturales y los provocados por sociedad civil. En Colombia había trabajado hasta el momento en 10 departamentos, favoreciendo el acceso a la salud a poblaciones vulnerables.

En Cali la organización implementó desde 1998 un programa de rehabilitación integral y prevención de la violencia con un enfoque psicosocial dirigido a la atención de personas lesionadas en hechos de violencia urbana, desarrollado en una sede ubicada en un barrio del distrito de Aguablanca. El servicio contemplaba trabajo social, fisioterapia, enfermería y psicología, contando también con promotoras en salud mental y promotoras comunitarias inscritas en un voluntariado acompañado por la ONG, los cuales en su gran mayoría realizaban sus intervenciones en la sede de la organización, pero en ocasiones, estas eran hechas en el domicilio de la persona atendida. El modelo era parte de una intervención transdisciplinaria en la que todos los funcionarios eran continuamente formados en el enfoque de la problemática, los principios básicos de la organización y la manera particular de relación e intervención con la población yendo mucho más allá de cada disciplina. Esto resultó ser uno de los elementos principales para poder acercarse a jóvenes que participaban en dinámicas de violencia urbana ya que permitió que el espacio institucional fuera reconocido como neutral para la

comunidad en general y para los jóvenes en particular, cuestión absolutamente central dado que, por lo general, estos continuaban las agresiones contra un joven de otro grupo al interior de los centros de salud.

Durante los seis años del programa se realizaron 33.910 consultas con 2964 usuarios. De estos el 89% fueron hombres y el 47% de la población estaba entre los 16 y 25 años. El programa centró sus actividades en las comunas 13, 14, 15 y 21 de Cali. Dichas personas habían resultado lesionadas en hechos de violencia en las calles del distrito de Aguablanca ingresando al programa, al principio por necesidad de atención en salud y luego por interés en los procesos institucionales de intervención psicosocial.

En el programa se incluyeron tanto las personas no involucradas activamente en las dinámicas de violencia urbana, como aquellas que desarrollan prácticas relacionadas con la violencia y que han sido lesionados por grupos rivales o en la consecución de actividades ilícitas. Esta distinción también recibiría el nombre de población activa para nominar a los victimarios, es decir, agentes partícipes en dinámicas de violencia urbana y población pasiva para nominar a las víctimas, o sea las personas que resultaron heridas al ser atracasadas o por balas perdidas, y que el hecho no lo implique como agente involucrado en dinámicas de violencia urbana.

Vale la pena resaltar que al interior del programa no se hicieron tales distinciones, obedeciendo al principio de neutralidad el cual buscaba favorecer la no estigmatización de la población. La captación de esta población en el programa de rehabilitación se realizaba de dos maneras. Primero, mediante visita de una promotora a los hospitales de nivel uno de atención como el Hospital Carlos Holmes Trujillo ubicado en el distrito de Aguablanca, de nivel dos como el san Juan de dios, Carlos Carmona y los Chorros y de nivel tres como el hospital universitario del Valle; y Segundo, mediante referencia por demanda espontánea o bien porque conocen el programa (ya han sido usuarios) o porque conocían a alguien que había recibido estos servicios.

Al ingreso eran valorados por los cuatro servicios: trabajo social psicología, fisioterapia y enfermería y posteriormente se les asignaba un horario de atención de acuerdo al proceso terapéutico

que requerían. La trabajadora social elaboraba la historia de vida y realizaba con el grupo una charla de derechos y deberes con el objetivo de plantearle aspectos básicos de la relación con la institución en términos de posibilidades, límites de acción y atención tanto de la población como de los funcionarios de salud. El taller de derechos y deberes buscaba ubicar al paciente y a sus familiares con respecto a la ONG y el proceso y su participación en la rehabilitación dentro del programa. En dicho taller se planteaban los principios de la organización que determinan los parámetros institucionales que rigen la acción humanitaria. Estos principios eran: humanidad, que asegura un trato digno, independencia de pensamiento, como condición necesaria para una acción humanitaria libre de cualquier presión política, económica y religiosa; imparcialidad, es decir no había discriminación en la atención prestada; neutralidad, no se toma partido por ninguna de las partes enfrentadas en el conflicto; proximidad, desarrollar nuestras actividades en contacto directo con la población, mediante la presencia del programa en las comunidades de intervención.

Posteriormente eran valorados por una enfermera y fisioterapeuta que determinaban el procedimiento curativo y educativo frente al tratamiento que se requería, esquematizando el plan de trabajo a seguir (protocolo de intervención: tipo de tratamiento, tiempos y horarios terapéuticos). La fisioterapeuta realizaba un diagnóstico de la lesión que era de dos tipos: lesión menor o lesión mayor. Las lesiones menores eran aquellas lesiones que no generaban discapacidad, es decir que no dejaban una lesión permanente. Este tipo de lesiones se presentan en el 81% de los usuarios del programa. Las lesiones mayores eran lesiones que generan una discapacidad tales como trauma raquímedular, trauma craneo encefálico, amputación y pérdida funcional permanente (corte de nervios periféricos). Este tipo de lesiones se presentan en el 19% de los usuarios del programa.

En psicología se aplicaba un protocolo teniendo en cuenta también el tipo de lesión antes mencionado; para las lesiones menores una sesión individual, se convocan a grupo psicosocial y, si ellos durante el proceso o posterior al mismo solicitan, una intervención individual de tres o cuatro sesiones. Con los lesionados mayores una o dos sesiones individuales, un proceso de inducción al paciente y/o

los familiares, charlas educativas, salida institucional y proceso de grupo llamado de apoyo, que tenía una duración de siete sesiones, según el protocolo de atención.

La intervención en psicología distaba un poco de la posición clásica; se consideró que, en el trabajo con jóvenes en alto riesgo, vale decir, jóvenes que carecen de soportes sociales, familiares y además que participan en pandillaje, delincuencia, sicariato, etc, el rol del facilitador o terapeuta no debía implicar una figura que ejerciera una autoridad estricta desde el supuesto equivocado que estos jóvenes carecían de normas. De este modo, para no entrar a trabajar desde un dispositivo grupal muy estructurado y normativo, que supliera las falencias que estos muchachos tuvieron en sus familias de origen, dio resultado formular con los jóvenes acuerdos grupales, los cuales, por un lado, surgían de las necesidades de ellos mismos, y por otro, permitían que cada uno los asumiera sin tener que rendirle cuentas a una autoridad externa. Esta estrategia resultó muy efectiva, ya que permitió que en los grupos se trabajara en un ambiente respetuoso, con posibilidades de asumir una forma particular de convivencia en la que los jóvenes de distintos barrios, grupos o pandillas se podían encontrar sin que ello derivara en enfrentamientos.

Resultó importante partir de sus propias vivencias para acompañarlos en sus procesos de reconstrucción vital y no tener respuestas previamente elaboradas, ni adoctrinamientos. Esto permitió que los jóvenes reconocieran las dificultades, posibilidades y responsabilidades presentes en ellos para hacerle frente a sus desafíos existenciales (Jiménez, Rubio y García 1987). Esto fue importante ya que el propio sujeto, a su vez que enunciaba su forma particular de comprender su vivencia de los hechos de violencia urbana, lograba dar respuestas adaptativas que le permitían, a su modo y ritmo, reponerse y volver a su vida cotidiana; respuestas relacionadas también con sus propias necesidades vitales. La clave del trabajo terapéutico fue entonces trabajar desde el reconocimiento de las propias capacidades de los jóvenes, el respeto por las experiencias y los conocimientos que ellos tienen y comprender sus prácticas cotidianas. En ese sentido, la escucha de las quejas y manifestaciones emocionales permitieron que las personas hicieran una "denuncia" privada de las diferentes circunstancias de las que han sido víctimas

y de los diversos actores sociales que los han colocado en una condición de mayor vulnerabilidad social. Igualmente, mostró que a pesar de condiciones sociales muy adversas se dan expresiones de resiliencia comunitaria frente a los fenómenos de violencia urbana, la cual es de gran importancia, dado que se constituye en un recurso colectivo de afrontamiento ante situaciones adversas (Hernández, Meneses y Moreno, 2016).

El rol como psicólogo de un programa con un enfoque psicosocial demandó que hubiera diálogo de saberes, discusiones, reconocimiento de conflictos entre los participantes para que, a partir de esa dinámica, pudieran confrontar sus experiencias y puntos de vista. Debido a las características tan heterogéneas de los grupos en cuanto a escolaridad y capacidades intelectuales, desde el principio se observó que metodologías que implicaran escritura o lectura no eran las apropiadas. Los mejores resultados se vislumbraban con actividades que implicaran representaciones hechas a través del dibujo, de gráficas, de fotos o dramatizados.

Desde este encuadre clínico y contexto institucional se realizaron las intervenciones psicológicas, que bien se ejemplifican con los siguientes dos casos que a continuación se presentan.

## **Presentación de Casos; Procesos, Conflictos Y Resoluciones.**

### **Caso 1.**

En una ocasión un joven a quien se llamará Jorge llegó al consultorio bastante angustiado, seis meses después de haber egresado del programa; este joven ingresó al programa con un trauma raquimedular producto de un enfrentamiento con una "Liebre", término empleado para referirse al enemigo y cumplió con todas las sesiones del protocolo de atención para lesionados mayores. En el primer periodo de tratamiento él no se había cuestionado su particular modo de relacionarse con los otros, tan solo hablaba de su mujer y de su deseo para que se le ayudara a quitarle el vicio (marihuana). Ella entre tanto denunciaba a otros profesionales del

programa el tipo de trato que le daba su marido. Dicho joven me dijo, al solicitar su reingreso al programa, que necesitaba hablar conmigo; empezó el relato diciendo "yo como que soy violento oís. vengo porque la violencia me quita lo que más quiero, primero mis piernas, ahora a mi mujer...". Comienza así a hablar de su condición relacional, aludiendo a ella en términos de referentes familiares y del contexto barrio, marcados por la fuerza y el maltrato como forma de la relación hombre-mujer: "Es que yo desde niño he visto que así se tratan a las mujeres, mi papá lo hacía con mi mamá, los pelaos del barrio con las hembras". Manifiesta a su vez no saber de qué otro modo tratarlas, aunque comienza a decir que con las mujeres del programa (funcionarias) es distinto y que él se quedaba impresionado de ver como se relacionaban hombres y mujeres en la institución.

Posteriormente en otra sesión, unas semanas después, viene a decir que va a matar a su mujer, palabras que muy posiblemente enunciaban la posibilidad de un acto. Se le dice a manera de interrogar su enunciado "¿que le quieres decir?". Él comienza a descargar en detalle una serie de reclamos y quejas sobre la posible infidelidad de ella con él. Se tomó media hora para decir lo que tenía por decir. Cuando él guarda silencio se continúa diciéndole: "¿y cómo se lo vas a decir?" ... Él responde con una gran carga de angustia: "no se mano... ayúdeme", ante lo cual se le dice "qué se te ocurre"; Jorge responde: "no sé... una carta... ¿o qué?, ¿vos qué decís?". En el acto a Jorge se le pasa papel y lápiz y comienza a tratar de escribir, experimentando muchas dificultades, dando vueltas sin poder concretar. Cada vez que mostraba la carta la leía, y se le indicaba que aún no estaba todo lo que había dicho en consulta. Al final, logra verter todo el contenido de lo que había dicho verbalmente en su escrito, notándose mucho menos agresivo que al principio, aunque inquieto por el posible efecto que esta carta podía traer.

En la sesión siguiente inicia contando que la ha embarrado. Explica que lo que le habían dicho sobre su mujer había resultado mentiras, le habían informado mal, pero que él ya le había entregado la carta. Como devolución se le dijo: "bueno, te equivocaste con una carta". A lo que él contesta: "uy si, que tal que la hubiera matado".

En los siguientes días narra con detalle los eventos en que terminó herido en la columna, detalles que no había manifestado anteriormente. Cuenta que, por defenderse del agresor, "la liebre", disparó matando a una señora del frente. Luego, en una sesión de grupo de apoyo, conoce a un señor con una situación similar, que tuvo un trauma raquímedular al haber resultado herido por una bala perdida. Tras escuchar la historia de este señor comenta visiblemente conmovido ante el grupo: "Uy mano, uno de pelao (joven) no piensa en lo que hace y va disparando sin ver que pueden quedar heridas personas que no tienen que ver en el asunto". En las sesiones individuales finales comenta que en días previos le dijo en tono de autoridad a unas chingas (preadolescentes a portas de entrar a pandillas), que se encontraban peleando con cuchillo, sobre las nefastas consecuencias de la violencia en el cuerpo al hablar de su propia historia; así, les dice "miren cómo terminan si creen que con violencia resuelven la pelea". La última vez que fue visto Jorge en el programa declaró estar en un proceso de cambio, cuyas transformaciones no se pudieron luego contrastar.

## **Caso 2**

El segundo caso es el de otro joven a quien se le llamara Luis. Dicho joven ingresó al programa por una herida en su pierna ocasionada por un arma de fuego, sufriendo una fractura en la tibia y el peroné. Tuvo que utilizar unos tutores externos. Su apariencia física era la de una persona que vive en la calle, con un pasado de conductas delincuenciales. El modo de relación de este joven con el otro era el de "quitarle algo"; zapatillas, gorras, dinero, la vida misma, entre otras. El escenario terapéutico transdisciplinar se plantea como objetivo cuestionar tal modo de relación mostrándole que puede pasar a "pedir algo al otro" para obtener lo que necesita -a la enfermera gasas, al fisioterapeuta atención terapéutica y al psicólogo escucha-, en vez de tener que quitarlo.

Al principio de la intervención él le contaba a la enfermera detalles de su relación amorosa y los desatinos que pasaba, pues ambos eran consumidores de sustancias psicoactivas. Durante un largo periodo asiste durante varias sesiones a los dos tipos de grupo, el de lesionados menores y al de lesionados mayores. En uno de ellos

el grupo le confrontaba por su posición tan fría frente a hechos que lastiman a personas. En concreto, la situación fue que tras el relato de una joven que había sido herida por una granada que le lanzaron unos jóvenes de una pandilla a su casa en la madrugada y que contaba que afortunadamente la habían lanzado al tercer piso y no al segundo donde había más gente, Luis reaccionó al relato de la joven diciendo: “estos pelaos tan bobos, en vez de lanzarlo al segundo donde había más gente”. El grupo lo interpela, tratando de hacerle caer en cuenta que eso hubiera ocasionado algo más grave. Pero Luis replica ¿y esa no era la vuelta, pues? Su interpretación sigue centrada en el objetivo de destrucción específico que implicaba la intención del agresor.

En otra ocasión la enfermera le pregunta por su relación con su novia diciendo que si él solo la quería para *trin* -expresión típica del contexto que significa copula- o si quería algo más. Este interrogante puso a pensar al sujeto más allá de lo inmediato, llevándolo a reflexionar sobre su proyección de vida. A los pocos días un nuevo hecho hace presencia en el devenir de la vida de este joven. Su novia había sido violada al ir a conseguirle droga al joven a un barrio de enseguida, esto lo afectó muchísimo, pues se sentía culpable y con ganas de vengarse de quien lo hizo. Comenzó a referirse a la droga como causante de muchos de sus conflictos. En este momento la responsabilidad se reflejaba en tres puntos, en el violador, en la droga y en él mismo como efecto de su forma de vida.

Posteriormente en un taller en el que se empleaba como recurso de intervención una película llamada “amores perros”, sucedió otro aspecto especial pues en la historia hay un señor que es sicario y convive con muchos perros recogidos de la calle. En la película el sicario recoge un perro rootwailler que encuentra abandonado, que resulta ser tan agresivo que le mata los otros perros por lo que el señor procede a matarlo. En ese instante Luis interpela la escena que está observando, con gran exaltación, gritando “pero como lo vas a matar si ese man es como vos” (un asesino). Esta reacción de identificarse con un ser vivo que iba a ser asesinado contrastaba fuertemente con lo que narraba en los inicios del proceso. Luis contaba que cuando no podía dormir salía a matar al que primero apareciera diciendo posteriormente una frase justificadora del

acto “pobre huevón. Siquiera descansó ya; no va a sufrir más”. Este comentario posiblemente denota una doble condición; una, la de sufriente y la otra, la del apaciguador o ajusticiador. Y para él, si alguno de los dos tenía que descansar definitivamente, su elección iba a ser el otro.

En un taller de lesionados mayores manifestó que estaba en un dilema, no sabía si irse o quedarse pues lo estaban buscando para matarlo. Alguien del grupo lo interpela y le dice: “y vos qué querés; ¿vivir o que te maten?” Luego de este taller por vez primera pide hablar conmigo en privado. Me cuenta su historia personal marcada por un odio recalcitrante al padre pues este lo había echado de la casa cuando él era apenas un niño y había tenido que aprender a vivir en la “ley del más fuerte”. Le recriminaba también a su padre de haber sido alguien que maltrataba a su madre. Narró cómo una vez casi que logra matar a su padre. Tras esta sesión el joven no volvió al programa. Luego se supo que había decidido irse para un centro de rehabilitación en donde le dieron posada por un mes. En su nuevo entorno su posición subjetiva había variado de nuevo, pasó ahora a “venderle algo al otro”. Se le vio nuevamente en la institución un día que pasó queriendo vendernos unas velas de incienso y comentó que “ahora me gano la vida de este modo”. En otra ocasión se le vio a Luis en la institución. Estaba recolectando ropa para una fundación que trabajaba con niños de la calle, él se había vinculado a esta fundación como voluntario. Ahora su posición subjetiva era “Hacer algo por el otro”. Lo último que se supo de Luis fue cuando se encontró con el fisioterapeuta; le contó que estaba trabajando en una empresa reconocida en la ciudad. El fisioterapeuta le preguntó que dónde vivía y que si continuaba con su novia. Luis le contestó que se había ido del sector y había terminado su relación con la novia argumentando que para poder cambiar había que cortar con algunas cosas del todo.

## **Conclusión.**

El tipo de trabajo clínico que se realizó con estos jóvenes, desde una perspectiva psicosocial y en la zona donde ellos viven, con todos los riesgos e inconvenientes que implicaba, mostró lo equivocada que ha sido la percepción colectiva sobre estos jóvenes inmersos en problemas de violencia como sujetos inadaptados. El conocimiento de su entorno enseñó que sus actos de violencia, más que producto de un comportamiento desviado, podrían caracterizarse como un tipo de comportamiento conforme, explicable desde una cierta dinámica de grupos y compulsión de roles que permiten desplazamientos valorativos sin que medien relatos de conciencia o sentimientos de culpa por transgredir el tabú de hacer daño físico a otro.

Las teorías psicológicas clásicas sobre la violencia han supuesto que esta es un fenómeno que se encuentra determinado por déficits o excesos constitucionales del sujeto: desde el criminal atávico de César Lombroso, un infrahumano incapaz de integrarse a la sociedad y muy cercano a un animal salvaje, pasando por el criminal neurótico inundado de sentimientos de culpa descrito por Sigmund Freud, hasta el antisocial de los psicólogos del desarrollo que ubican al hombre violento como una persona marcado por un déficit notorio en la capacidad para modular sus emociones, especialmente su ira, debido a una debilidad de su yo para regular sus estados emocionales, o a una carencia en su carácter de la conciencia moral.

Ambos casos conducirían al sujeto a una irrupción desmedida de agresividad cada vez que se siente afrentado. Por último, cabe mencionar las teorías sociológicas al respecto que hacen de los sujetos que participan en actos de violencia criminales o delincuentes que requieren programas de resocialización para ser sacados de la senda del crimen en que se encuentran. Estos modelos explicativos han conducido a que se conciben a las personas involucradas en problemas de violencia como sujetos esencialmente diferentes de los que no son violentos. Según esto último, en el individuo violento se observan mecanismos psicológicos y sociales que son notoriamente distintos a los de las personas que no han estado al margen de la ley. Sin embargo, las perspectivas psicosociales muestran que la violencia es un fenómeno en el que no hay procesos atrofiados o no dados,

sino que se encuentra determinado por los mismos mecanismos y procesos de socialización que nos han estructurado a todos nosotros.

Considerar la violencia desde esta perspectiva conlleva a que se examine la concepción de justicia en la que han sido socializados un grupo de personas. La intervención psicosocial interroga por el tipo de sujeto político que son los jóvenes que viven en contextos urbanos y fija un derrotero en la acción terapéutica en la que se invita a los jóvenes a buscar un bien colectivo como condición necesaria para sobrevivir. Esta invitación se hizo en los procesos de intervención que se realizaron en la ONG desde cierta generosidad y espíritu no inquisitivo que no llevaba el registro de todas las faltas y delitos cometidos por los jóvenes.

El Programa obtuvo -en general- resultados positivos, en consonancia con los resultados alcanzados con programas similares en otros contextos sociales y culturales. Se puede dimensionar el potencial que tienen estos programas externos de atención en salud mental, haciendo una mención especial a un programa de salud mental europeo llamado Terapia de Diálogo Abierto. Según lo explicaba su creador, Jaakko Seikkula, profesor de psicoterapia de la Universidad de Jyväskylä, Finlandia, este programa fue impulsado en Laponia Occidental, una región al norte de Finlandia con una población de unos 70.000 habitantes que registró durante la segunda mitad del siglo XX uno de los índices de esquizofrenia más elevados de Europa (EL PAIS, 2016). De acuerdo con Seikkula, la terapia de Diálogo abierto ha sido una propuesta de intervención que procuró desde el inicio evitar aplicar medicación neuroléptica y antipsicótico para todos los casos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. A cambio de medicamentos, ofertó ayuda psicosocial y psicoterapéutica en la casa de los pacientes, adonde acudía un equipo de dos o tres facultativos, entre personal médico y de enfermería. El programa ha aspirado evitar la cronicidad otorgándoles "voz y voto" a los pacientes sobre su tratamiento y proporcionándoles "un asidero a la vida" junto con la familia (EL PAIS, 2016). Los logros que reporta la sanidad tras la aplicación continuada de la Terapia de Diálogo Abierto en Laponia Occidental son: solo se registran dos o tres nuevos casos de esquizofrenia cada año en la región, un 90% menos respecto a principios de los ochenta. El 80% de pacientes con psicosis se muestran "asintomáticos" a los cinco años y la misma proporción trabaja, estudia o busca empleo

mientras que solo el 20% reciben pensión por discapacidad. Durante el proceso, dos tercios no recibieron medicación y a largo plazo apenas un 30% siguen tomando neurolépticos o antipsicóticos (EL PAIS, 2016).

La forma de proceder del programa en salud mental que se implementó en Finlandia difiere poco del programa que se desarrolló en esta parte de Colombia. Aunque los resultados finales obtenidos en Cali no implicaron la modificación radical de la violencia que se da en el distrito de Aguablanca, los sorprendentes resultados obtenidos en otras partes del mundo con estos programas de atención de salud mental invitan mínimamente a los profesionales de la salud pública de Colombia a diseñar, implementar y sostener intervenciones en entornos externos a instituciones hospitalarias.

Al recorrer el profesional de salud las mismas calles que caminan todos los días las personas afectadas por problemáticas sociales tan complejas como la violencia urbana los beneficiarios de estos programas logran más fácilmente entender que si quieren escapar a la sed de sangre y de muerte deben recurrir a los vínculos de confianza y a las emociones de generosidad amorosa que caracterizan a una familia en sus mejores momentos (Nussbaum, 2018). El equipo profesional en salud que desarrolló este programa de atención en el distrito de Aguablanca de Cali fue en ocasiones su familia, seres externos a su mundo marginal que con valentía y generosidad se adentraron en su barrio para atenderlos.

La calle es y siempre será el lugar de las incertidumbres, de las estructuras imposibles de establecer o de encontrar, de la lucha, del conflicto de intereses, de la oposición de puntos de vista, de la fuerza, del poder y de la sobrevivencia (Salcedo, 2008). Ninguna intervención psicosocial va a cambiar esa realidad conflictiva que la caracteriza, pero si puede conminar a un sujeto a que problematice lo que acontece en la casa en que vive, que va desde el barrio concreto donde habita hasta el planeta donde se ha dado la vida conocida. La expectativa es que esa problematización, pueda conducir al sujeto a que tome mejores decisiones conforme a un proyecto de vida personal que inevitablemente requerirá de la colaboración y participación de muchos otros para que pueda concretarse.

---

## Referencias Bibliográficas

- Arévalo N. (2010). Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales*, (36), 29-39. Recuperado Abril 3, 2016, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-885X2010000200003&lng=en&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2010000200003&lng=en&tlng=).
- Beristain, C., (2008). Diálogo Sobre La Reparación. Experiencias en el sistema interamericano de derechos humanos. Tomo 2. San José, Costa Rica. Instituto interamericano de derechos humano.
- Barriga, S. (1991). Psicología ¿Para qué? sobre los modelos de intervención psicológica. *Papeles del psicólogo*, 50.
- Barney, A. G., & Guizado, A. C. (1990). La Violencia Urbana En Colombia: Síntesis de un estudio exploratorio en una ciudad colombiana. *Boletín Socioeconómico*, 42 (20).
- Camacho, A y Guzman A. (1990) La violencia urbana en Colombia. Síntesis de un estudio exploratorio en una ciudad colombiana. *Boletín socioeconómico*, 20: 42-55.
- Colmenares, M. E. (2002). *Resiliencia: Sus valores psicológicos y socioculturales*. En E. Sánchez, C. Balmer, M. Colmenares, L. Balegno, A. Mejía, M. Olaya, y M. Villalobos (ed), *La resiliencia: responsabilidad del sujeto y esperanza social* (págs. 21-46). Cali, Colombia: CEIC Rafue
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*, 22, 347-61. Recuperado en 10 de mayo de 2010, de [doi:http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1185](http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1185)
- Cuenca, J. (2016). Los jóvenes que viven en barrios populares producen más cultura que violencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 141-154.
- Cruz, J M (1999). La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Pan American Journal of Public Health*, 5 (4/5), 259–267
- El País (2016). ""Hay que sacar la psiquiatría del hospital y

- llevarla a la calle". Madrid, España. Recuperado en 10 de Agosto de 2017, de [https://elpais.com/elpais/2016/12/05/actualidad/1480971307\\_531156.html](https://elpais.com/elpais/2016/12/05/actualidad/1480971307_531156.html)
- Estrada, Á., Ibarra, C., & Sarmiento, E. (2003). Regulación y control de la subjetividad y la vida en el contexto del conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Sociales* (15), 133 - 149.
- Estrada, A., Ripoll, K., & Rodríguez, D. (2010). Intervención psicosocial con fines de reparación con víctimas y sus familias afectadas por el conflicto interno en Colombia: Equipos psicosociales en contextos jurídicos. *Revista de Estudios Sociales* (36), 239-247.
- Franco S (1997). Violencia y salud en Colombia. *Revista panamericana de Salud Pública*, 1:93-103
- Franco S y Forero LJ (2006). Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. En: Franco S (ed), *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. (pp. 555-83), Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, M. (1985). El nacimiento de la clínica. Ciudad de México, México. Siglo veintiuno editores.
- González, F. (2013). Espacialización de la violencia en las ciudades latinoamericanas: una aproximación teórica. *Revista Colombiana de Geografía*, 22 (1), 169 – 186.
- Hernández, E.; Meneses, B.; Moreno, N (2016). La resiliencia comunitaria en contextos de violencia urbana. *Revista de Psicología GEPU*. 7 (2): 24-46.
- Iglesias, E. L. L. (2010). Memoria y Resiliencia: Estudio de la memoria de las víctimas del conflicto armado en el departamento del Magdalena: precertificación visibilización, catarsis y resiliencia. *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*,13(25), 95-109.
- Jiménez, S. B., Rubio, J. M. L., & García, M. F. M. (1987). *Intervención psicosocial: el individuo y la comunidad, agentes de su propio bienestar*. España: Hora.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación, Memoria. *Revista de estudios sociales*, 36: 14-28
- Moreno, A.; Diaz, M, (2016). Posturas en la atención psicosocial a

- víctimas del conflicto armado en Colombia. *AGORA*, 16 (1), 193- 213.
- Nussbaum, M. (2018). *La ira y el perdón*. Ciudad de México, México. Fondo de cultura económica.
- Obando, L., Salcedo, M. y Correa, L. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20 (38): 382-397.
- Organización mundial de la salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Washington, Estados Unidos. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización panamericana de Salud (1990). La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región. *Boletín epidemiológico*, 11 (2). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/32605/8387.pdf?sequence=1>
- Ramírez, J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud pública de México*, 48 (2). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000800012](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800012)
- Salcedo, M. (2008). Una reflexión crítica sobre ciudad educadora. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 6 (2): 91- 107.
- Salcedo, M. (2010). *Cali. Educación, identidad y comportamiento ciudadano en el espacio público*. Cali, Colombia, Editorial bonaventuriana.
- Sánchez, M:A: y Fuentes, G:P: (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. *Revista CES Salud Pública*,7 (2)