

# La rehabilitación psicosocial de víctimas del conflicto armado: encuentros entre salud pública y psicología social

**Psychosocial rehabilitation of victims of the armed conflict: approaches between public health and social psychology**

Guillermo A. Bastidas-Beltrán y Zulma C. Urrego-Mendoza

Recibido 3 junio 2021 / Enviado para modificación 10 agosto 2021 / Aceptado 18 agosto 2021

## RESUMEN

Este escrito se fundamenta en la necesidad de explicitar el aporte que hace la psicología social a la comprensión de un proceso de reparación a las víctimas de violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario. Para dar cuenta de este aporte, se inicia argumentando por qué la reparación psicosocial es competencia de la salud pública a partir de la revisión del Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021; luego se describen cuatro elementos que la psicología social comunitaria aporta a la salud pública para poder realizar procesos de rehabilitación psicosocial más consistentes y apropiados a las necesidades de las personas participantes en ellos.

**Palabras Clave:** psicología social; salud pública; conflictos armados; rehabilitación psiquiátrica; impacto psicosocial/rehabilitación; sistemas de apoyo psicosocial (*fuente: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

This essay is based on the need to make explicit contribution that community social psychology makes to the understanding of a process of reparation for victims of human rights violations and infractions of the international humanitarian law.

To account for this contribution, it begins recognizing why psychosocial reparation could be an asset for public health based on the review of the Public Health Plan 20011-2021, proposed by Ministry of Health in Colombia. After those four elements that social psychology contributes to public health are described to carry out psychosocial rehabilitation processes that are more consistent and appropriate to the needs of the people participating in them.

**Key Words:** psychology, social; public health; armed conflicts; psychiatric rehabilitation; psychosocial intervention; psychosocial support systems (*source: MeSH, NLM*).

**E**l derecho a la reparación por victimizaciones en conflictos armados se ha constituido paulatinamente; en el 2005 la ONU (1) aprobó normativas para la reparación integral de tales víctimas. Desde 1985 existían declaraciones de principios de justicia para las víctimas de delitos y abuso de poder, incluyendo asistencia médica, psicológica y social; y también en 2005 se propuso la relación entre verdad, justicia y reparación.

En Colombia la Ley 1448 de 2011 (2) asumió estos principios y formuló en coherencia medidas reparadoras, y otorgó así derecho a restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición. La rehabilitación implica atención médica, psicológica y social.

Este ensayo abordará el papel de la salud pública en su competencia frente a la rehabilitación psicosocial, y los aportes que la psicología social comunitaria puede ofrecerle ante tal objeto de estudio e intervención.

GB: P.S. M. Sc. Desarrollo Educativo y Social. Ph.D.(c) Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación en Violencia y Salud. Bogotá. Colombia.

gabastidasb@unal.edu.co  
ZU: MD. Esp. Epidemiología M. Sc. Psicología Clínica. Ph. D. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Profesora Titular. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Coordinadora Grupo de Investigación en Violencia y Salud. Bogotá, Colombia.

zulcurregom@unal.edu.co

## La reparación psicosocial de las víctimas como asunto de salud pública

La rehabilitación psicosocial le compete a la salud pública por varias razones: en Colombia existe una política pública en el tema; se implementa desde 2013 el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) (3-7); existe una práctica sanitaria que implica a la población de víctimas como colectivo heterogéneo; y se reconoce a nivel nacional e internacional la rehabilitación como derecho de las personas víctimas.

La política pública mencionada comprende la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (8); entre sus prioridades está la salud mental y la convivencia, con dos componentes: promoción de salud mental y convivencia, y prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y violencias.

Las víctimas de conflicto armado se incluyen como poblaciones vulnerables, para asegurarles acciones diferenciales garantistas de acceso a servicios de salud, mejora en condiciones de vida y salud y afrontamiento de morbilidad, mortalidad o discapacidad.

El PAPSIVI surgió en 2013; además de su implementación, se requirió que las entidades encargadas llevaran a cabo el debido monitoreo, evaluación y seguimiento, siempre con la participación de las víctimas. Solo hasta el 2015 se desarrollaron las orientaciones metodológicas para su implementación en los territorios. En cuanto al Plan Decenal, este ya cuenta con experiencia importante que puede ser tomada por la salud pública, especialmente desde la mirada de las víctimas del conflicto armado.

Debe fomentarse la investigación sobre la salud de las víctimas, para orientar acciones, y formar líderes comunitarios en derechos humanos y derecho internacional humanitario, para facilitar la verificación de garantía de derechos y favorecer el acceso a servicios de salud con calidad.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social y su Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), en 2019 se atendieron 8 045 476 víctimas del conflicto armado (16% de la población total colombiana). En los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Nariño, Cesar, y en Bogotá, se concentra el 46,2% de personas registradas (9, p.4); mayoritariamente adultos (56,7%), con niños, niñas y adolescentes, que representan el 30,5%, y adultos mayores, con el 12,3%; un 50,3% son mujeres; y 5,7% pertenecen a un grupo étnico (54,7% indígena; 44,6% negro, mulato afrocolombiano o afrodescendiente; 0,05% palenquero; 0,1% raizal; 0,5% Rrom) (9, p.5).

Con base en los datos cualitativos (10), es necesario analizar los resultados, dificultades y retos que la salud pública asume en la implementación de los programas de

rehabilitación psicosocial ofrecidos. La población objetivo es heterogénea, con diversas experiencias y representaciones sobre lo vivido (11), lo cual plantea un nicho para la intervención e investigación desde la salud pública alternativa o ampliada y, en ese campo, la salud colectiva.

La rehabilitación hace parte de un marco jurídico vinculante para los Estados. Beristain (12) ha cuestionado el desempeño del goce efectivo del derecho a la reparación: critica su sentido y anota que, si bien se deben restituir los derechos de las víctimas, mejorar su situación y promover reformas políticas que impidan la repetición de las violaciones, muchas veces, desde una perspectiva jurídica, el derecho a la reparación se plantea ante pérdidas irreversibles. Por ende, las intervenciones se dirigen a problemas de las víctimas que no tienen solución. No obstante, dichas intervenciones han de sostenerse ante la necesidad de cumplirles los compromisos, a fin de ayudarles a enfrentar las consecuencias de la violencia y promover su reintegración social, sin volver a su situación inicial; más bien, posibilitando el ejercicio pleno de derechos.

La salud pública resulta importante en la rehabilitación psicosocial, pues se encarga de un derecho que los Estados deben resarcir ante responsabilidades emergentes por acción u omisión en los hechos ocurridos. La relación entre el Estado y la ciudadanía constituye un campo definitivo para la salud pública y para la rehabilitación psicosocial. La reparación requiere respuestas integrales desde la salud y desde otros sectores para lograr los objetivos trazados (12).

La atención psicosocial y en salud, como derecho de las víctimas, debe ayudarles a lidiar con consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar, mediante una atención médica y psicológica que contribuya a la vida y promueva la reintegración familiar y social, atención que, en general, es deseada y bien valorada por las víctimas (12).

Es pertinente que la rehabilitación psicosocial a víctimas del conflicto armado sea estudiada por la salud pública para poder obtener una comprensión interdisciplinaria del proceso y así posibilitar la construcción o fortalecimiento de intervenciones más adecuadas a la realidad de las víctimas, contextualizadas, críticas y transformadoras.

## Aportes de la psicología social comunitaria a la salud pública para la rehabilitación psicosocial

La salud pública es entendida como un campo interdisciplinario que estudia el proceso salud-enfermedad-cuidado desde una perspectiva biopsicosocial; entretanto, la salud colectiva y la medicina social latinoamericana “avanzan en la comprensión de la salud-enfermedad como proceso social, en la historicidad de la biología humana y en la determinación social de la salud, y proponen incidir en las condiciones estructurales que producen inequidades

sociosanitarias” (13, p.17). Granda (14) propuso que al interior de la salud pública se estableciera un nuevo contrato social, poniendo al mundo de la vida y lo diverso en el centro del trabajo de los salubristas.

Es con esta perspectiva que la salud pública podría nutrirse de los aportes de la psicología social comunitaria para comprender mejor las vicisitudes de la vida humana diversa, que es subsidiaria de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado.

En Iberoamérica existe un movimiento intelectual que implica la intervención en contextos de exclusión social y vulnerabilidad, incluyendo la participación de la psicología. Desde las realidades de violación sistemática a los derechos humanos en la región, la psicología ha efectuado reflexiones comprometidas con el cambio social y la necesidad de justicia y equidad. Martín-Baró (15,16) gestó desde Centroamérica la psicología de la liberación, fortalecida en el cono sur por autores como Elizabeth Lira (17), Lucila Edelman, Diana Kordon y Darío Lagos (18), quienes atendieron terapéuticamente a víctimas de las dictaduras de Chile y Argentina en los años 80; en Venezuela Maritza Montero desarrolló la psicología comunitaria, como campo teórico y de intervención (19,20); en México, Pablo Fernández Christlieb aportó una elaborada reflexión conceptual sobre la psicología social; y Fernando González Rey (21), desde Cuba, ha trabajado el concepto de subjetividad y su conexión con la investigación cualitativa; en Colombia, son importantes los aportes socio-construcciónistas de Angela María Estrada (22); la mirada crítica sobre el PAPSIVI de Juan David Villa (23) y los planteamientos de Juan Pablo Aranguren sobre la ética de la escucha en el campo de la atención al sufrimiento del otro (24). En España, Tomás Ibañez también efectuó aportes desde el construcciónismo social (25); Pau Pérez y Alberto Fernández Liria (26) generaron desde la psiquiatría elementos prácticos para la atención psicosocial; y Carlos Martín Beristain (12) ha trabajado los derechos humanos y el enfoque crítico sobre sus violaciones, reconociendo las resistencias de las poblaciones víctimas.

Existen elementos estudiados por la psicología social definitivos para comprender la rehabilitación psicosocial en víctimas del conflicto armado: subjetividad, representaciones sociales, comunidades, sujeto de la escucha y vínculo intersubjetivo; a partir de estos, se formularán postulados que entran en diálogo con los planteamientos de la salud pública antes presentados.

La categoría “subjetividad” amplía la comprensión de la rehabilitación, y puede orientar las intervenciones desde la salud pública. La rehabilitación psicosocial es un proceso atravesado por la construcción del sentido otorgado por los participantes en interacción. El campo en que se desarrolla la salud colectiva son las comunidades,

como alternativa o complemento a las políticas públicas de reparación. Finalmente, el sujeto de la escucha y el desdibujamiento del vínculo intersubjetivo genera limitaciones en los procesos de rehabilitación psicosocial cuando no es tenido en cuenta.

La psicología social comunitaria estudia las relaciones de poder y control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y, en sus versiones latinoamericanas, se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social, buscando comunidades autogestoras de soluciones a sus problemas, como acción transformadora (19, p.33-34).

Así, la subjetividad se entiende como un sistema complejo que, por medio del sentido subjetivo, expresa la diversidad de aspectos objetivos de la vida social que la conforman; el sentido subjetivo es la unidad de procesos y emociones constituyentes de espacios producidos por la cultura simbólicamente, a modo de referentes de subjetivación de la experiencia humana (27).

La subjetividad hace referencia a la historicidad en la constitución de lo humano y a su concepción sistémica, con diversos elementos implicados influyéndose mutuamente. La rehabilitación psicosocial es fundamentalmente un campo orientado a la comprensión e intervención de la subjetividad; se destaca la unidad del sentido subjetivo, que permite que los hechos victimizantes se comprendan como elementos que harán parte de esa subjetividad, sin centrarse en la erradicación de las experiencias, ni en la abolición del dolor, sino en el proceso de articulación y trámite de las experiencias vividas en la historia vital, para reconstruir el sentido subjetivo, individual y colectivo. Se cuestiona desde allí la modificación de emociones, conductas o experiencias como imperativo de la rehabilitación, para ubicar en cambio, como horizonte, la construcción de relatos subjetivos que den lugar al dolor, al sufrimiento, al miedo, a las pérdidas y a las resistencias y afrontamientos, como elementos que constituyen la subjetividad.

La rehabilitación psicosocial está atravesada por la construcción del sentido otorgado por los participantes en esta interacción y, por lo tanto, es posible comprenderla en el ámbito de las representaciones sociales.

Las representaciones sociales han sido un tema recurrente en el desarrollo de la psicología social contemporánea. Ibañez (28) afirma que es un campo complejo en desarrollo, enfatizando sus posibilidades para comprender los procesos de construcción de la realidad. Blumer (29) reflexiona sobre la interacción simbólica y permite entender que las personas orientan sus actos hacia las cosas, en función de lo que éstas le significan, en el marco de la interacción con otros. Así, la psicología social cuenta con herramientas útiles a la rehabilitación psicosocial, en

su comprensión de las expectativas frente a la reparación construidas por personas y colectivos. Resulta importante explorar las representaciones que se articulan con el concepto de subjetividad, para lograr un marco de comprensión sobre potenciales aportes desde procesos de rehabilitación psicosocial ofrecidos en el marco de intervenciones de salud pública.

Además, las comunidades son el campo en el que la salud colectiva/salud pública se desarrolla como ejecución, alternativa o complemento a las políticas públicas enunciadas. La psicología social comunitaria trabaja con las relaciones de poder en que las comunidades autogestoras enfrentan diversas situaciones. En el caso de la política pública de reparación, contenida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se menciona la realización de procesos de formación y movilización social para la reivindicación del derecho a la salud; allí, los aportes de la psicología social comunitaria son necesarios.

Montero (19) reconoce el carácter social e histórico de las comunidades, entendidas como grupos heterogéneos que reflejan, no obstante, una cultura preexistente al investigador, con una cierta organización y unos intereses y necesidades compartidas; es necesario reconocer lo anterior para formular e implementar procesos orientados a solucionar problemas o enfrentar adversidades disruptivas en la comunidad, tales como la violencia del conflicto armado.

La actual implementación del PAPSIVI incluye orientaciones para atención individual, familiar y comunitaria, pero no es una intervención basada en las comunidades; las comunidades son objeto de la intervención en vez de sujetos activos. Ello lleva a pensar y proponer alternativas en busca de un papel comunitario más activo en los procesos de rehabilitación psicosocial, que facilite su sostenibilidad. Es necesario formar talento humano de salud con perspectiva psicosocial para superar la dicotomía intramural-extramural, sensible a la lectura de relaciones de poder, comprendiendo la comunidad como escenario de construcción de la salud colectiva y de la exigibilidad del derecho a la salud.

En otras circunstancias, el sujeto de la escucha y el desdibujamiento del vínculo intersubjetivo generan limitaciones en los procesos emprendidos. Aranguren (30) critica el lugar otorgado a las víctimas y a los profesionales, cuestionando el sentido del vínculo intersubjetivo. Señala que el registro sin la narrativa invisibiliza los sujetos que hablan y denuncia la escucha como intención de dar voz al sufriente, lo cual genera una subalternización, así como la reificación de la palabra como principal o único acto liberador.

Es necesario contemplar el vínculo que existe en el proceso de rehabilitación psicosocial para la salud integral, valorando el diálogo y el encuentro entre personas,

emociones, representaciones, símbolos, y los efectos que generan sobre quienes participan activamente en tal intercambio. Desde allí, tales procesos emergen como campos vinculares, más que como espacios para aplicar protocolos estandarizados.

La psicología social comunitaria puede aportar a la salud pública en el desarrollo de intervenciones de rehabilitación psicosocial para víctimas del conflicto armado desde sus comprensiones sobre la subjetividad, las representaciones sociales, la perspectiva comunitaria y a partir de sus lecturas y propuestas para superar el desdibujamiento del vínculo intersubjetivo en la escucha ♣

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas ONU. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones de las normas internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener repacaciones. Resolución. ONU; 2005.
2. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Ley de víctimas y restitución de tierras. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2011.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Anexo Técnico. Estrategia de atención psicosocial. PAPSIVI. Técnico. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia de atención psicosocial. En el marco del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. PAPSIVI. Técnico. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado. Documento Marco. Técnico. Bogotá: Ministerio de salud y protección social; 2017.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Técnico. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Formación y cuidado emocional al talento humano que atiende y orienta a víctimas. Técnico. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Plan. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletines Poblacionales. Población Víctima del Conflicto Armado. Corte a diciembre de 2019. Boletín. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de resultados del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado. PAPSIVI. Evaluación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.
11. Aranguren JP. El investigador ante lo indecible y lo inenarrable (una ética de la escucha). Nómadas (Col). 2008; (29):20-33.
12. Beristain C (ed.). Diálogos sobre la reparación: qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2010.
13. López O. Salud pública y salud colectiva, ¿se está hablando de lo mismo? En: Morales M, editor. Cuadernos del doctorado 18 Salud pública y salud colectiva, ¿se está hablando de lo mismo? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2017. pp. 15-30.

14. Granda E. Perspectivas para la salud pública en el siglo XXI. En Granda, E. *La salud y la vida*. Quito: Imprenta Noción; 2009. p.69-81.
15. Martín Baró I. *Psicología Social de la Guerra. Trauma y Terapia*. San Salvador: UCA Editores; 1990.
16. Martín Baró I. *Psicología de la liberación*. San Salvador: UCA Editores; 1998.
17. Lira E. Trauma, duelo, reparación y memoria. *rev.estud.soc.* 2010; (36):14-28.
18. Lagos D, Kordon D. Puntuaciones sobre actividades asistenciales del EATIP. En Kordon D (ed.). *Sur dictadura y después*. Buenos Aires: Psicolibro; 2010. p. 23-35.
19. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2004.
20. Montero M. Construcción y crítica de la psicología social Barcelona: Antrhopos; 1994.
21. González-Rey F. Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Univ. Psychol.* 2010; 9(1):241-53.
22. Estrada A. La psicología social en el concierto de la transdisciplinariedad. *Retos latinoamericanos. Rev.estud.soc.* 2004; (18):51-8.
23. Villa Gómez JD, Londoño NM, Gallego M, Arango LI, Rosso Pérez M. Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y experiencia clínica comunitaria acompañamiento psicosocial para la "rehabilitación" de víctimas del conflicto armado. *Agora USB [Internet]*. 2016 [cited 2021 Febrero]; 16(2):427-52. <https://bit.ly/3G17NpV>.
24. Aranguren J. *Cuerpos al límite. Tortura, subjetividad y memoria en Colombia (1977-1982)*. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2016.
25. Ibañez T. *Psicología social construcciónista* Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1994.
26. Pérez P, Fernández A. *Violencia y Trauma. Del trabajo comunitario a la psicoterapia* Bogotá: Irredentos; 2015.
27. González-Rey F. *Investigación cualitativa y subjetividad* Guatemala: ODHAG; 2006.
28. Ibañez T. *Psicología social construcciónista* Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1994.
29. Blumer H. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método* Madrid: Hora; 1982.
30. Aranguren J. Efectividad del daño y desdibujamiento del sujeto: aproximaciones a las narrativas sobre el sufrimiento en el conflicto armado colombiano. *rev.estud.soc.* 2016; (60):62-71.