

Formación en herramientas terapéuticas a sobrevivientes del conflicto armado en el Pacífico colombiano: reflexividad y cuidado de sí*

Juan Pablo Aranguren-Romero** – Natalia Rubio-Castro***

Fecha de recepción: 25 de septiembre de 2017 · Fecha de aceptación: 14 de abril de 2018 · Fecha de modificación: 13 de mayo de 2018
<https://doi.org/10.7440/res66.2018.03>

Cómo citar: Aranguren-Romero, Juan Pablo y Natalia Rubio-Castro. 2018. "Formación en herramientas terapéuticas a sobrevivientes del conflicto armado en el Pacífico colombiano: reflexividad y cuidado de sí". *Revista de Estudios Sociales* 66: 18-29. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.03>

RESUMEN | Esta investigación busca comprender cómo dialoga el saber disciplinar de la psicología con el saber comunitario durante un proceso de formación en herramientas terapéuticas con víctimas del conflicto armado en Quibdó y Buenaventura (Colombia). Para esto, se utilizó una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Se encontró que el proceso formativo crea un espacio de elaboración del sufrimiento propio en el cual se construye un sentido de ayuda a otros, a consecuencia de la experiencia de sanación. Asimismo, la adaptación cultural de las herramientas de formación abre la posibilidad de diálogo entre el saber psicológico y los conocimientos locales y fomenta la participación y reflexividad de los sujetos involucrados.

PALABRAS CLAVE | *Thesaurus*: psicología social; conflicto armado. *Autor*: gestión emocional; ética del cuidado; psicología comunitaria

A Process of Training the Survivors of the Colombian Armed Conflict on the Pacific Coast in Therapeutic Skills: Reflexivity and Self-Care

ABSTRACT | This study seeks to understand how a scientific knowledge of psychology dialogues with the knowledge of the community during a process of training in therapeutic tools for victims of the armed conflict in Buenaventura and Quibdó. To do that, we used a qualitative methodology based on semi-structured interviews and focus groups. The results show that the training process opens up a space for the victims to express their own suffering in which a sense of helping others emerges from the healing experience. Likewise, the cultural adaptation of the training tools creates the possibility of a dialogue between the knowledge of psychology and local knowledge, and encourages the active and reflective participation of the subjects.

KEYWORDS | *Thesaurus*: social psychology; armed conflict. *Author*: emotional management; ethics of care; community psychology

- * Este artículo hace parte de los resultados de la investigación *The Ethics of Listening: Regarding the Pain of War in Colombia*, financiada por The Toyota Foundation (Japón).
- ** Doctor en Ciencias Sociales por Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) (Argentina). Profesor asociado del departamento de Psicología de la Universidad de los Andes (Colombia). Últimas publicaciones: "Efectividad del daño y desdibujamiento del sujeto: aproximaciones a las narrativas sobre el sufrimiento en el conflicto armado colombiano". *Revista de Estudios Sociales* 60: 62-71, 2017; "La militarización de los cuerpos jóvenes: retóricas de la guerra contemporánea en Colombia". En *¿Herederos de la guerra? Jóvenes, conflicto armado y paz*, editado por Martha Gutiérrez y Javier Tatis, 29-43. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2016. ✉ jp.aranguren@uniandes.edu.co
- *** Psicóloga y Politóloga de la Universidad de los Andes. Consultora en niñez y conflicto armado en la misma institución. ✉ n.rubio902@uniandes.edu.co

Formación en herramientas terapéuticas a sobrevivientes del conflicto armado en el Pacífico colombiano: reflexividad e cuidado de sí

RESUMO | Esta pesquisa pretende compreender como o saber disciplinar da psicologia dialoga com o saber comunitário durante um processo de formação em ferramentas terapêuticas com vítimas do conflito armado em Quibdó e Buenaventura (Colômbia). Para isso, utilizou-se uma metodologia qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Constatou-se que o processo de formação cria um espaço de elaboração do sofrimento próprio no qual se constrói um sentido de ajuda a outros, à consequência da experiência de cura. Além disso, a adaptação cultural das ferramentas de formação abre a possibilidade de diálogo entre o saber psicológico e os conhecimentos locais, bem como fomenta a participação e reflexividade dos sujeitos envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE | *Thesaurus*: psicologia social. *Autor*: conflito armado; gestão emocional; ética do cuidado; psicologia comunitária

Los procesos de formación en herramientas terapéuticas a personas de comunidades afectadas por conflictos armados se han convertido en una modalidad de intervención psicosocial común en varios lugares del mundo (Melville 2003; Nakimuli-Mpungu *et al.* 2013; Zafar *et al.* 2016). En Colombia, la formación de personas víctimas del conflicto armado en herramientas para el acompañamiento psicosocial, la gestión emocional, la atención en crisis, o para brindar primeros auxilios emocionales a otras personas afectadas por este contexto, corre de la mano con la consolidación del enfoque psicosocial en el país hacia comienzos de los años noventa, por lo que estas experiencias reflejan muchas de las características de dicho enfoque en Colombia.

La evaluación de estos procesos en diferentes lugares del mundo ha mostrado, en algunos casos, una efectividad limitada (Nakimuli-Mpungu *et al.* 2013), pero también su pertinencia y relevancia en la reconstrucción de tejido social, en otros (Melville 2003). Con todo, muchos de estos procesos, al estar centrados en un fortalecimiento de habilidades comunitarias para la gestión emocional, y al tener un alcance acotado en términos clínicos, han sido evaluados más en virtud de su efectividad terapéutica y en relación con un modelo de intervención individual (Guzder, Kienzler y Pedersen 2015). Es decir, han sido evaluados siguiendo pautas de efectividad y modelos de intervención que no se corresponden con su lógica, su estructura y sus propósitos.

La desconexión entre las formas de evaluación y estas modalidades de formación comunitaria se puede atribuir, en parte, a las comprensiones sobre la evidencia que subyacen a las aproximaciones neopositivistas de muchos modelos evaluativos de corte cuantitativo. Se ha señalado que el entramado de las políticas de la evidencia (Denzin 2009) no sólo ha desdibujado la relevancia de técnicas cualitativas en los procesos de evaluación, sino que, al aplicarse de manera estandarizada a diferentes procesos, ha impedido reconocer la pertinencia

de acciones pedagógicas y formativas que se enfocan en objetivos que trascienden la cuantificación, la medición o la evidencia (Dimitriadis 2016).

Aun cuando se han realizado ajustes a los esquemas de evaluación y se han modificado las estrategias de recolección de información —privilegiando, por ejemplo, métodos mixtos—, muchos de los procesos evaluativos se han inscrito en modelos y enfoques de intervención centrados en concepciones sobre el trauma, fundamentadas en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Esta clasificación diagnóstica se ha erigido en un lugar común para aludir a las experiencias vividas en escenarios de conflictos armados y guerras (Fassin y Rechtman 2009), haciendo que las diferentes nociones sobre *trauma* confluyan en un concepto estandarizado (Ortega 2011).

Como se sabe, los cuestionamientos a las intervenciones clínicas basadas en el TEPT se centran fundamentalmente en que se les atribuyen un cierto reduccionismo y estandarización, por cuanto han terminado por erigir el TEPT en una suerte de forma generalizada de respuesta a los contextos de violencia. Summerfield (1999), incluso, se ha referido al TEPT como una pseudocondición importada por agencias occidentales y sus expertos a las comunidades afectadas por la guerra, que ha contribuido a ignorar sus tradiciones, sistemas de significados y necesidades. El modelo de intervención basado en el TEPT ha derivado, también, en un uso masivo, incluso para caracterizar la experiencia de quienes acogen, escuchan, registran o representan las historias de victimización, tales como periodistas, fotógrafos y terapeutas (Aranguren 2017).

Así mismo, Gergen (2006) ha señalado que los modelos psicodiagnósticos han favorecido la fijación de un discurso sobre el déficit que corre en paralelo con el debilitamiento cultural. Es decir, que han estimulado la emergencia de discursos psicologistas centrados en la imposibilidad de los sujetos de gestionar emocionalmente diferentes situaciones de la vida cotidiana,

haciendo indispensable la presencia de un terapeuta, lo que disminuye la relevancia de lo comunitario en dicha gestión. Algo que, de algún modo, se replica ya no en situaciones cotidianas sino en eventos catastróficos y situaciones límite en donde, como lo subrayó Martín-Baró (1983), se terminó por reducir la explicación de problemas sociales como las guerras, los conflictos armados y la pobreza a variables de la psicología individual. Así, el modelo psicodiagnóstico terminará por definir lo traumático en virtud del evento catastrófico en sí mismo, creando una suerte de tipo ideal para su gestión, quitándoles relevancia a la experiencia del sujeto y a su entorno ante dicho evento. Pero además, al generalizarse incluso a las experiencias de quienes están situados ante el dolor del otro —es decir, quienes lo contienen, lo escuchan, lo registran o lo representan—, desdibuja también el marco relacional que se crea en los procesos de gestión emocional (Aranguren 2017).

La mirada psicosocial: una apertura al diálogo entre saberes

Las críticas que se derivan de estos modelos explicativos han contribuido a constituir una perspectiva de corte psicosocial que, para el caso de América Latina, toma las herencias de la psicología de la liberación, la Investigación-Acción Participativa (IAP), la pedagogía del oprimido, el construccionismo social e, incluso, el psicoanálisis (Montero y Varas Díaz 2007). Esta perspectiva subraya que muchas de las reacciones de quienes han vivido situaciones límite deben ser leídas como respuestas normales —no patológicas— ante un evento anormal, como las guerras y la violencia política. Se remarca, además, que el evento anormal o catastrófico es de tipo social, por lo que, a diferencia de un desastre natural, es posible rastrear la responsabilidad de otros seres humanos en su producción. Todo ello ha permitido entrever la necesidad de comprender las formas de respuesta de los sujetos ante estas situaciones, reconociendo tanto los daños como los mecanismos de afrontamiento, no sólo en el ámbito individual, sino también en el orden de lo colectivo y en la esfera comunitaria.

A la par de la constitución de un enfoque psicosocial en América Latina, durante los años sesenta y setenta se consolida, tomando la herencia de la pedagogía del oprimido de Freire, un paradigma alternativo a las formas educativas hegemónicas en el continente —la Educación Popular (EP)—. A partir de la influencia de este paradigma se empiezan a consolidar procesos de educación no formal en salud mental y Derechos Humanos, implementados desde la psicología comunitaria (Montero y Varas Díaz 2007) y desde la psicología social crítica (Domènech e Ibáñez 1998; Íñiguez-Rueda 2003). Estos procesos educativos buscaron contribuir a empoderar a los sectores marginados y oprimidos a través de su participación como agentes de la transformación social, siguiendo los planteamientos de Ignacio

Martín-Baró¹ y de Paulo Freire.² El enfoque basado en la transformación social como imperativo ético ha supuesto que “lo psicosocial” y “lo comunitario” requieren un ejercicio de autorreflexividad permanente en torno al quehacer profesional. Al mismo tiempo, ha posibilitado la apertura a una perspectiva dialógica entre el saber psicológico y el saber del “otro”.

En Colombia, la confluencia del enfoque psicosocial, la psicología comunitaria y la educación popular también se ve influida por el auge de la antipsiquiatría, a mediados de la década del setenta, en la Universidad Nacional, por el desarrollo del programa de Psicología con enfoque comunitario de la Universidad del Valle (Arango y Ayala 2011), así como por el desarrollo de la carrera de Trabajo Social, que terminaría por constituir un complemento indispensable al definir la *autogestión* como imperativo ético de la intervención en comunidades (Bello 2005; Guevara 2015). Por otro lado, el trabajo de las comunidades eclesiales de base, orientado a facilitar el acceso a la salud y a los servicios públicos a poblaciones rurales marginadas (Monroy 2005), y a la atención de los impactos generados por el conflicto armado en diferentes comunidades, estimuló el desarrollo de programas de acompañamiento e intervención psicosocial en estos contextos. Poco después surgen los programas y acciones liderados por diferentes organizaciones que nacen con la intención de tomar una postura frente a la violencia sociopolítica en el país desde la salud mental y a partir del enfoque psicosocial, tales como la Corporación AVRE, la Comisión Intereclesial de Justicia y Paz y la Corporación Vínculos.

El trabajo desarrollado por estas organizaciones incide fundamentalmente en ámbitos de acción como el restablecimiento de la dignidad de las personas, la reconfiguración o el fortalecimiento de las redes sociales, la reflexividad institucional y del acompañante, la recreación de la identidad de los sujetos (Arévalo 2010) y, por último, los entrenamientos en herramientas psicosociales a personas no profesionales en salud mental.

1 Los aportes de Martín-Baró a la consolidación del enfoque psicosocial en la región tienen como resultado el debate sobre el rol político de la disciplina psicológica: “el psicologismo ha servido para fortalecer, directa o indirectamente, las estructuras opresivas al desviar la atención de ellas hacia los factores individuales y subjetivos” (Martín-Baró 2006, 8); “la Psicología ha contribuido a oscurecer la relación entre enajenación personal y opresión social, como si la patología de las personas fuera algo ajeno a la historia y a la sociedad o como si el sentido de los trastornos comportamentales se agotara en el plano individual” (Martín-Baró 2006, 11). Este compromiso político que la Psicología debe asumir como disciplina parte de pensar y teorizar con el oprimido y no *para* el oprimido.

2 En particular, en torno a su caracterización de las acciones antidialógicas que sustentan las prácticas de opresión.

Procesos de formación comunitaria en habilidades terapéuticas

El fortalecimiento de las herramientas comunitarias para la gestión emocional y la formación en un enfoque de salud mental basado en Derechos Humanos han orientado algunos de estos procesos de entrenamiento. Estas intervenciones han estado encaminadas a promover la capacidad de agencia de las comunidades por medio de la potenciación de sus recursos, para que sean ellas, acompañadas de un profesional en psicología con experiencia en el tema, las que propicien su recuperación y transformen su realidad (Díaz y Moreno 2016). Los procesos de formación en habilidades terapéuticas a personas de diferentes comunidades en Colombia se han orientado, así, a lograr un primer nivel de atención emocional. Entre estos cabe destacar el Programa de Formación de Terapeutas Populares (TEP) y de Multiplicadores en Acciones Psicosociales, Salud Mental y Derechos Humanos (MAP) de la Corporación Avre (1992); el Programa de Promotoras de Vida y Salud Mental (PROVISAME) (Ramírez 2007); y más recientemente el proyecto Outreach, Screening, and Intervention for Trauma for Internally Displaced Women (OSITA) (Facultad de Medicina, Universidad de los Andes s. f.; Shultz *et al.* 2014) y el proyecto Alianza con Organizaciones para lo Emocional (ACOPLE), implementado por Heartland Alliance International (HAI) (Heartland Alliance International 2015).

La mayoría de estas intervenciones comparten el hecho de que hay una suerte de descentramiento del conocimiento disciplinar en psicología que permite que este empiece a circular en ámbitos comunitarios. Si bien en algunos casos este descentramiento ha posibilitado un proceso dialógico, en otros ha replicado estructuras de formación verticales. No obstante, en todos los procesos se ha hecho necesario, a veces de forma planeada y otras veces como resultado del devenir del proceso formativo, un diálogo con las formas comunitarias y locales de gestionar emocionalmente los impactos del conflicto armado. Por otra parte, muchos de los procesos formativos de esta índole han carecido de evaluaciones e investigaciones (aunque en algunos casos se cuenta con sistematizaciones, por ejemplo, Corporación AVRE 2003; Muñiz y Restrepo 2005; Ramírez 2007) que den cuenta de la participación de la comunidad en el diseño de estos programas, de cómo estos fueron recibidos por la comunidad o de cómo entraron en tensión los saberes comunitarios con el conocimiento psicológico, y viceversa.

Este artículo presenta los resultados de una investigación que buscó responder a algunos de estos interrogantes a partir de un estudio de caso centrado en el proyecto ACOPLE, implementado por HAI en Buenaventura y Quibdó. El artículo analiza la experiencia de personas líderes de comunidades afrodescendientes en el Pacífico colombiano, participantes en un proceso de formación en habilidades terapéuticas, provisto por profesionales en psicología, expertos en psicología clínica.

El proyecto ACOPLE y la gestión emocional comunitaria

El proyecto ACOPLE se realiza desde 2009, con el apoyo de organizaciones locales, tales como Desplazados Afrocolombianos Organizados para Exigir sus Derechos (AFRODES) y el Instituto de Investigación CISALVA, y con el apoyo internacional de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos) y USAID, y está liderado por la organización internacional Heartland Alliance International (HAI). El objetivo del proyecto es mejorar el acceso a salud mental y la calidad de tratamientos psicológicos para víctimas de la violencia política y tortura, adecuados a las especificidades del contexto y las necesidades de las comunidades.³ Para lograr esto, busca construir capacidades en los individuos de la comunidad, de tal forma que puedan desempeñarse como proveedores de servicios de salud mental a los sobrevivientes de tortura, víctimas de desplazamiento interno, víctimas de desaparición forzada a familiares, sobrevivientes de masacres y víctimas de violencia sexual.⁴

Los Trabajadores Comunitarios Psicosociales (TCP) son personas de la comunidad que reciben una formación básica en salud mental que les permite desarrollar habilidades para brindar un acompañamiento emocional a otras personas de su comunidad que, como ellos, han sido víctimas del conflicto armado. En la actualidad, las intervenciones están dirigidas a comunidades afrocolombianas de la Costa Pacífica, específicamente en Buenaventura y Quibdó. Cada centro ACOPLE cuenta con un equipo de dos psicólogos, un trabajador social y doce TCP. El proyecto ACOPLE brinda diferentes tipos de servicios: acompañamiento emocional por TCP, apoyado en el modelo Intervención Individual basada en Sentimientos, Pensamientos y Comportamientos (IISPC), y el modelo Terapia Comunitaria Grupal (TCG). Así mismo, para casos que presentan niveles sintomatológicos psíquicos y emocionales significativos, ACOPLE cuenta con Servicios Especializados (SE) brindados por psicólogos profesionales. Finalmente, el proyecto provee información y acompañamiento a las rutas de atención para víctimas.⁵

3 El proyecto ACOPLE busca “desarrollar e implementar servicios de salud mental a víctimas de tortura en la Costa Pacífica colombiana, basados en la evidencia, efectivos y adecuados culturalmente, expandiendo así un servicio holístico a las víctimas y construyendo capacidades en la población afrocolombiana y en sus organizaciones de la sociedad civil para responder a las necesidades de los sobrevivientes de tortura durante y después de la implementación del proyecto” (Heartland Alliance International 2015).

4 Hasta el 2015, ACOPLE ha provisto sus servicios a 1.390 participantes. A los entrenamientos en salud mental y tratamientos relacionados con el trauma han asistido 174 participantes (Heartland Alliance International 2015).

5 El proyecto ACOPLE tiene tres objetivos específicos: 1) proveer asistencia técnica al Gobierno de Colombia para evaluar la prevalencia y el impacto en personas y comunidades afrocolombianas de Buenaventura y Quibdó; 2) proveer servicios de salud para sobrevivientes de tortura y violencia política

El proceso de formación de los TCP estuvo liderado por psicólogos profesionales expertos en el protocolo de atención en el que se basa el proyecto; algunos de ellos eran psicólogos internacionales y otros nacionales. Los TCP pasaron por un proceso de entrenamiento dentro del proyecto antes de atender participantes. Una vez finalizado su proceso de formación, fueron asignados a una de las dos modalidades de intervención que iban a trabajar: individual o comunitaria. Así, los TCP que hacen intervención individual son acompañados y supervisados por las psicólogas de la organización (profesionales diferentes a quienes orientaron las capacitaciones iniciales), mientras que los que hacen trabajo comunitario son acompañados y supervisados por la trabajadora social. Además de acompañar y supervisar los procesos que llevan los TCP, las profesionales del equipo hacen reentrenamientos periódicamente para reforzar conocimientos y profundizar habilidades.

El protocolo de atención se diseñó para implementarse en sesiones que varían de ocho a doce, dependiendo de cómo avanza el proceso de cada participante. Cada sesión es planeada previamente y discutida luego entre el TCP y una de las psicólogas del equipo, o con la trabajadora psicosocial, en el caso de la intervención comunitaria. Para evaluar el proceso del participante se aplican unas escalas de monitoreo que dan cuenta de si los síntomas aumentan o disminuyen con la gestión emocional. Cuando los síntomas sobrepasan ciertos puntajes, los participantes reciben atención especializada por las psicólogas profesionales del equipo, y no por los TCP.

Metodología

Se planteó como eje de análisis la articulación entre el saber profesional en psicología y el saber comunitario durante el proceso de formación a los TCP en el proyecto ACOPE. Se realizó una investigación cualitativa, en la que se emplearon entrevistas semiestructuradas y grupos focales. El objetivo de las entrevistas fue indagar sobre el significado de la experiencia personal durante el proceso de formación. Las entrevistas se realizaron con cuatro psicólogas, dos de la sede en Buenaventura y dos de Quibdó, y una con la trabajadora social de Quibdó.

Por su parte, los grupos focales se realizaron con los TCP del proyecto ACOPE, en Buenaventura y en Quibdó. El objetivo de los grupos fue indagar las percepciones, opiniones y actitudes de los TCP frente al proceso formativo. En este caso, se buscó comprender cómo fue el proceso de diálogo con los profesionales que efectuaron

el entrenamiento, y qué implicaciones tuvo el proceso formativo en su trayectoria vital. En total, veintitrés *gestores emocionales de la comunidad*, doce de Buenaventura y once de Quibdó, participaron en los grupos focales; seis fueron hombres, y diecisiete, mujeres. Todos los participantes en los grupos focales reportaron haber sido víctimas del conflicto armado colombiano. El tiempo que llevan realizando la gestión emocional comunitaria varía entre ocho meses y cinco años. Asimismo, el rango de edad varía entre los 25 y los 55 años.

La recolección de datos se hizo siempre con el previo consentimiento de los participantes (a través de la firma de un documento de consentimiento informado). Todos los audios de las entrevistas y los grupos focales fueron transcritos y devueltos a los participantes. Adicionalmente, se elaboró un informe de los grupos focales que fue socializado con todos los integrantes de HAI. Los datos fueron clasificados según las siguientes categorías preliminares: *motivación de los participantes para hacer parte del proceso formativo; reflexiones sobre su propia experiencia durante el proceso; intercambio de saberes entre los participantes* —aportes y aprendizajes de cada uno—; *límites de la gestión emocional comunitaria*; y, por último, *concepciones y prácticas comunitarias en torno a la salud mental*. Posteriormente, los resultados fueron clasificados en tres categorías emergentes: *cuidado de sí y de los otros, relación entre el conocimiento en psicología y saberes comunitarios sobre la gestión emocional, y límites de la gestión emocional comunitaria y de la salud mental*, tal como se presentan a continuación.

De la ética del cuidado al cuidado de sí y de los otros

La gran mayoría de los TCP llegan al proyecto ACOPE por medio de la organización AFRODES. Uno de los criterios que se tuvo en cuenta para la convocatoria y vinculación de los participantes en el proceso formativo fue que contaran con algún tipo de experiencia de liderazgo en temas sociales o que estuvieran vinculados con la defensa de los Derechos Humanos. Una vez preseleccionados, la siguiente selección se hizo de acuerdo con el desempeño que mostró cada uno de los participantes en las capacitaciones que recibieron. Con todo, el sello distintivo que imprimen los TCP al proceso formativo y a la gestión emocional comunitaria que realizan se deriva, principalmente, del hecho de que son víctimas del conflicto armado interno, pertenecen a la misma comunidad de los participantes que atienden y han vivido experiencias similares de victimización.

Si bien hay un lugar de sufrimiento compartido entre los TCP y las personas víctimas que reciben la atención, existe una diferencia destacable: los TCP no sólo han vivido la experiencia de victimización, sino que señalan haber encontrado en el proceso formativo y en las acciones de ayuda emocional que brindan a otros una

en Colombia, teniendo en cuenta las especificidades contextuales y que sean replicables, efectivos y sostenibles; 3) desarrollar capacidades en las comunidades afrocolombianas, en conjunto con las autoridades municipales, que permitan responder a largo plazo a las necesidades de las víctimas de tortura (Heartland Alliance International 2015).

vía para elaborar esta experiencia de violencia. Así, la gestión emocional de sus propias experiencias ocurre, según lo señalaron en las entrevistas, fundamentalmente como resultado del proceso formativo. Este proceso favorece, por un lado, una mirada autorreflexiva, que se acompaña de nuevas comprensiones acerca de las emociones y los comportamientos propios, y, por el otro, la posibilidad de entrever en la experiencia de la atención el camino trasegado en búsqueda de salud emocional. Así, haber atravesado situaciones similares, en condiciones parecidas, según lo reportaron las personas entrevistadas, les brinda a los TCP un conocimiento-de-otro-modo en torno al sufrimiento que está viviendo el otro. Pero al mismo tiempo, la posibilidad de ayudar a otros favorece un fortalecimiento de sí respecto al propio sufrimiento. De esta manera, los TCP aprendieron algunos conocimientos especializados sobre las reacciones emocionales que les permitieron tener una nueva comprensión de sí mismos a partir de un lente psicológico interpretativo; la mirada psicológica les permitió dotar de sentido sus reacciones frente a lo que habían vivido. Estas herramientas que adquirieron desde la Psicología también fueron complementadas a partir de la escucha de los testimonios de las víctimas que han atendido. La relación terapéutica, así como el proceso de formación, son un espacio en el que los TCP han dado sentido a su propia experiencia de sufrimiento a partir de las historias que escuchan:

“Me ayudó a sanar lo que yo traía por dentro, viendo que otros habían sufrido lo mismo que yo”. (TCP – Buenaventura)

“Me permitió sanar. Es decir, aprendí a sanar algo que venía conmigo hace muchos años. Si uno no se sana, digamos que no puede ayudar de la misma manera”. (TCP – Buenaventura)

“Cuando yo entré a ACOPLÉ, yo tenía también mucho problema de estrés, no únicamente de todo lo que yo traía, sino también de pareja, y eso me ayudó tanto como a comprender y darme importancia a mí misma primero, ¿sí?, a quererme, primero buscar mi salud personal, antes de buscar la salud de otros. Y si yo me enfermo entonces yo cómo voy a buscar la salud de otras personas. Aprendí como a quererme más a mí misma para poder ayudar a otras personas”. (TCP – Quibdó)

“Ser más feliz, por todo lo que quedó atrás, porque yo antes de empezar por este proceso lloraba mucho por todo lo que se me había quedado atrás. Por todo. Y aquí aprendí a recuperarme. Entonces es eso: crecí”. (TCP – Quibdó)

“Antes de atender a otros, primero me sirvió a mí. Fue un apoyo para mí, porque fui víctima del conflicto”. (TCP – Buenaventura)

“Uno viene con ciertas maneras de pensar, pero a través del protocolo de atención, y a la medida que uno lo ha venido aplicando a los participantes, en las personas que atendemos, pues le toca a uno como tomar un poco de su medicina; si está curando a otros, pues entonces también se está curando a uno mismo. Y la verdad, a mí me ha servido muchísimo”. (TCP – Buenaventura)

“Para yo acoplar a otro ser humano, yo tengo que estar acoplada como persona. Si yo no estoy acoplada, si yo no aplico para mí, cómo voy a decirle a otro que aplique esto para su vida [...] por lo menos a mi vida, llegó a darle un sentido a lo que yo estaba haciendo de mirar hacia adentro de mí [...] en ACOPLÉ todas esas cosas me tocó trabajarlas a mí misma, hacia adentro, para acoplarme yo”. (TCP – Quibdó)

El lugar de sufrimiento compartido entre los TCP y los participantes que atienden genera la percepción de una suerte de relación de pares que facilita el establecimiento de la empatía. La construcción de este vínculo facilita la apertura de los participantes hacia los TCP y favorece el establecimiento de la confianza en la relación terapéutica:

“Para entender el dolor ajeno es bueno porque si uno va a una institución que atiende, por lo menos las víctimas de desplazamiento del conflicto, tienen un formato que lo aplican independientemente de dónde venga, o de qué sufrió esa persona y tratan de atenderla, pero no conocen la situación. Entonces para mí es importante haber aprendido a atender a los demás a través de esa experiencia que yo viví”. (TCP – Buenaventura)

“Muchas historias que las personas nos cuentan, nosotros como que las hemos vivido. Entonces nosotros nos ponemos como en los zapatos y nos entendemos mucho más, tenemos más capacidad de entender a esas personas que están viviendo ese sufrimiento porque nosotros, mire, la mayoría de historias, de las situaciones que la persona viene y nos cuenta, las hemos vivido”. (TCP – Quibdó)

Todos los TCP entrevistados reportaron una sensación de bienestar, en virtud de la posibilidad de ayudar a otros, pero puesto que esta ayuda se da como resultado de la formación en habilidades terapéuticas, que, a su vez, favorece la apropiación de herramientas para la comprensión y gestión acerca del propio sufrimiento, no opera en una lógica filantrópica, es decir, en una actitud desinteresada de ayuda a los demás, sino más bien interesada en el propio bienestar y en la potencia de su ejemplaridad. El cuidado del otro es, en este caso, producto del cuidado de sí.

Ahora bien, la mayoría de los TCP mostró un alto compromiso con el querer ayudar a personas que han sufrido los estragos del conflicto armado colombiano. Este sentido

de compromiso es tan alto que genera interrogantes acerca de en qué punto se puede volver contraproducente y conducir a estados de agotamiento que no sólo implican un retroceso en el bienestar emocional que han logrado los TCP, sino también el impacto que esto tendría en la calidad de la atención brindada a los participantes.

Sin embargo, esta percepción debe ser entendida no sólo en virtud de una ética del cuidado, sino también a partir de una ética del cuidado de sí, tal como es desarrollada por Michel Foucault (2000; 2008). Así, la ética sería una práctica reflexiva de la libertad, cuya precondition esencial es el cuidado de sí mismo para conocerse, formarse y superarse: “para que esta práctica de la libertad adopte la forma de un *ethos* que sea bueno, bello, honorable, estimable, memorable, y que pueda servir de ejemplo, es necesario todo un trabajo de uno sobre sí mismo” (Foucault 2000, 263). En este sentido, al hablar de un comportamiento ético ejemplar y valorado como positivo se hace referencia a los otros; el cuidado de sí mismo como práctica reflexiva de la libertad —y, por lo tanto, como práctica ética— determina no sólo la manera de relacionarse con uno mismo sino también las relaciones con los otros. Desde la cronología ética que plantea Foucault (2000), primero hay que cuidarse a sí mismo para poder cuidar a otros.

La función terapéutica que llevan a cabo los TCP es, pues, una práctica ética, por cuanto les permite transformar su realidad subjetiva —liberarse de su sufrimiento— para luego ayudar a transformar la de los demás. Se trata de un proceso que va de la propia sanación y el autoconocimiento a la ejemplaridad de sí, y de la preocupación acerca de sí mismo al cuidado del otro. Es, de alguna manera, una expresión de acciones que se ejercen sobre sí mismo, en una vía de purificación, transformación y transfiguración, en el sentido que Foucault (2008) les da a los *Therapeutae* descritos por Filón de Alejandría, un grupo cuya máxima era transformar y curar su alma, para servir de ejemplo a la cura de los demás.

Por todo lo anterior, es preciso señalar que el proceso formativo y la relación terapéutica se construyen como espacios de elaboración del sufrimiento propio; es decir que de la experiencia de formación se deriva un proceso de elaboración, y de allí se proyecta la posibilidad de ayudar a otros a gestionar sus heridas emocionales. Así, la mirada autorreflexiva que favorece el proceso formativo da lugar a un proceso terapéutico autogestionado. En la medida en que los TCP aplican para sí las herramientas psicológicas y logran resignificar emociones y comportamientos asociados con las experiencias de victimización vividas, la acción terapéutica primero pasa por el sí mismo para después ser dirigida a otros. Esta acción terapéutica que va de sí mismo al otro supuso, para el caso de los TCP, una articulación de los conocimientos disciplinares de la psicología clínica

en su propia vida y en su experiencia de relación con el dolor de los demás.

Un conocimiento situado

El proceso formativo que recibieron los TCP consistió en una serie de capacitaciones para el manejo del protocolo de atención de los modelos de intervención en los que se basa el proyecto. El primero, denominado *Intervención Individual basada en Sentimientos, Pensamientos y Comportamientos* (IISPC), es “un modelo cognitivo/conductual que se enfoca en trabajar los recuerdos traumáticos de las experiencias vividas a través de la resignificación de los mismos, buscando la reducción de síntomas, particularmente ansiedad, depresión y estrés pos trauma” (Duarte y Rodríguez 2016, 81). Por otro lado, el modelo Terapia Comunitaria Grupal (TCG) se basa en las concepciones de la comunidad sobre la dinámica entre salud y enfermedad mental (Duarte y Rodríguez 2016).

Las capacitaciones en el manejo de ambos protocolos fueron ofrecidas por psicólogos con experticia clínica cognitivo/conductual durante siete ciclos de talleres, con una duración de tres meses cada uno. Además, los conocimientos adquiridos los refuerza periódicamente el equipo profesional de planta. Sin embargo, las herramientas técnicas aprendidas fueron adecuadas por los TCP, de manera tal que su implementación fuera pertinente a las necesidades del contexto. En esta adecuación, el proceso formativo se enriqueció con los saberes locales y posibilitó una mayor participación comunitaria en el proceso de gestión emocional.

El hecho de pertenecer a la comunidad también les permite a los TCP aportar al diseño y la implementación del proyecto, de tal forma que sea adecuado a las características culturales de la comunidad y a sus necesidades específicas. La contextualización de las prácticas tradicionales de la comunidad para la gestión del sufrimiento es un aporte fundamental para la adecuación cultural de las herramientas psicológicas que utiliza el proyecto y que fueron gestadas en contextos muy diferentes a los de las comunidades del Pacífico colombiano.

“El hecho de que las personas hayan perdido seres queridos, las manifestaciones de su dolor, de su tristeza, quizás para personas de otro contexto es extraño, ¿me hago entender? Por lo menos un *alabao*, que canten, que tomen viche, eso es algo de aquí, de la Costa Pacífica. Entonces, creo que ellos [los facilitadores del proceso] se han llevado un poquito de eso, aprender que eso es parte de la cultura”. (TCP – Buenaventura)

“Como conocemos el contexto, somos de acá de la región, o sea, toda práctica psicológica no va a funcionar con las personas de acá, porque acá tenemos nuestras propias costumbres. Por ejemplo, una forma

de sanar acá es con *alabaos*, con cantos, arrullos, y son cosas que casi los psicólogos no conocen, no manejan. Cuando nosotros hicimos las capacitaciones en Cali, este manual lo fueron adecuando las psicólogas de la Universidad Johns Hopkins, más que todo por el concepto que nosotros dábamos”. (TCP – Buenaventura)

“Entonces todos esos mitos que traían como de allá, que nosotros pudimos cambiarlos o hemos podido cambiarlos, y nos dieron también la oportunidad de que nosotros pudiéramos como acoplar el modelo a nuestro dialecto, a nuestro lenguaje, a nuestra forma de ser y de pensar. Entonces ellos siempre nos han valorado mucho eso. Han valorado mucho el cambio que nosotros hemos podido hacer en lo técnico, sí, que nosotros lo hubiéramos puesto como al corriente de acá”. (TCP – Quibdó)

Sin duda, el mayor aporte que los TCP hicieron al desarrollo del proceso formativo fue la comprensión sobre el contexto local. Ello permitió, entre otras cosas, facilitar el acceso de la población víctima al programa ACOPLE. El liderazgo de los TCP en sus comunidades, así como el reconocimiento que representaban, favorecieron que las comunidades víctimas tuvieran mayor apertura y disposición respecto al programa. El vínculo y la confianza que despiertan los TCP con las comunidades resultan ser un conocimiento valorado por las profesionales, quienes ven en los TCP un saber significativo sobre las dinámicas locales, determinante para favorecer encuentros y diálogos con las víctimas, así como para la evaluación y el análisis de riesgos en las zonas.

“Nosotros hicimos toda la base principal del proyecto yendo nosotros mismos a los barrios. Había un protocolo de seguridad, pero nosotros decíamos ‘vamos, se puede ir a este lugar, o a este otro no’. Todo esto ha sido un aprendizaje, que hoy también a veces se nos tiene en cuenta para el proyecto: avanzar, y que ellos hayan aprendido cómo entrar a los barrios, porque es que no todos los psicólogos conocen todo el contexto de Buenaventura, o la zona o los barrios”. (TCP – Buenaventura)

“Tenemos otra ventaja que es que, como vivimos en el contexto, tenemos más facilidad de llegar a las víctimas que un psicólogo que venga de afuera. Entramos fácil, nosotros contactamos las víctimas para que los psicólogos las puedan ver”. (TCP – Buenaventura)

La disposición para conocer el saber del otro fue compartida por los TCP y por los profesionales. Las psicólogas que hacen parte del equipo de expertos manifestaron una disposición para aprender a trabajar nuevas problemáticas, y con nuevas poblaciones. Hay, pues, una co-construcción de conocimiento que no sólo circula desde el saber profesional hacia el saber comunitario, sino también a la inversa:

“Antes lo psicosocial para mí era, en la práctica, ir a dictar un taller, hacer una charla sobre, digamos, sobre salud mental [...] era como yo llevar las herramientas y yo misma hacer las cosas con la gente, no permitir que la misma comunidad aportara a ese proceso [...] En cambio, en esta nueva forma de trabajar, como lo que he notado es que uno, o sea, es como tener en cuenta a la comunidad para todo. Son ellos los que llevan su transformación. Son ellos. Yo estoy ahí como guía, pero ellos son los que llevan su transformación, y las herramientas están ahí en la comunidad. La solución está ahí en la comunidad, está en ellos poder identificarla [...] Entonces todos aportan a esa transformación. Ahora lo psicosocial lo veo más como tener en cuenta todo el entorno para poder elaborar una situación traumática, o una situación cualquiera que se termine dando en la comunidad, o que afecte a la comunidad”. (Psicóloga 2 ACOPLE – Quibdó)

El proceso formativo abre, así, un espacio a los saberes comunitarios. En este proceso, las psicólogas profesionales se dan cuenta de que no son las únicas concedoras; entran en juego diferentes sabidurías con experticias particulares que despiertan procesos reflexivos en las profesionales. Para que estas reflexiones tengan lugar es indispensable estar *a la escucha* de lo que el otro tiene para decir. Estar *a la escucha* implica, entonces, ubicarse en los límites del saber profesional y acercarse a este como un conocimiento en proceso de construcción permanente, y no como algo estático que ya está dado de antemano.

La reflexividad de las profesionales las lleva a cuestionarse lo que dan por hecho y consideran como una verdad establecida, según los postulados científicos de su disciplina; implica reconocer que la realidad es contingente y está en permanente transformación. Esta transformación depende, necesariamente, de la disposición permanente a ampliar el conocimiento por medio de un proceso de co-construcción, en el que se generan nuevos entendimientos según las relaciones intersubjetivas que se establecen.

En este sentido, los procesos reflexivos de las profesionales las llevan a reconocer que el conocimiento científico es insuficiente para responder a las consecuencias de la victimización, en el marco del conflicto armado interno, si no se articula con la experticia de la comunidad. Esto, a su vez, genera una reflexión acerca del lugar que ocupa el profesional en este contexto, que se tiene que posicionar en una relación horizontal que permita reconocer al otro como un par, cuya sabiduría es igualmente valiosa y necesaria como la propia, para poder crear, a partir del complemento, una propuesta mucho más potente. Es, de alguna manera, un tránsito del intelectual y el experto moderno (Bauman 1997) a un proceso deconstructivo del propio saber con el fin de entablar

un diálogo con otros igualmente válidos, contingentes y no-universales (Bourdieu 2003).

Los resultados en relación con esta categoría indican que la necesidad de adaptar culturalmente el protocolo de atención generó una apertura al diálogo sobre la comunidad entre el saber psicológico disciplinar y el saber local. Este encuentro dialógico fomentó la participación activa de los TCP para enriquecer la potencia y el alcance del modelo ACOPLÉ para realizar el primer nivel de atención emocional. Asimismo, en las personas profesionales en psicología se fomentó la actitud de reflexividad, que permitió reconocer el carácter situado de la experiencia y renegociar el lugar de “experto” en la intervención para construir relaciones más horizontales.

Demarcar los propios límites y ampliar los límites conceptuales de la salud mental

El rol de los TCP tiene unos límites que demarcan su campo de acción y que lo diferencian del de las psicólogas profesionales. Si bien estos límites podrían leerse como una reproducción de la jerarquía entre los diferentes tipos de conocimiento, son en realidad una manera en que los TCP enmarcan su actuar en una perspectiva ética, toda vez que definen qué pueden y qué no pueden hacer. En el caso de ACOPLÉ, los límites responden a unos criterios diagnósticos previos a través de los cuales se determina el tipo de atención que puede recibir cada persona. Los casos que superan los puntajes de la escala que están dentro del alcance del primer nivel de atención que brindan los TCP son remitidos a la atención especializada (SE) por los psicólogos profesionales.

Aunque el primer nivel de atención emocional que brindan los TCP está orientado a cumplir una función preventiva, pues se dirige a evitar que situaciones emocionales difíciles se conviertan en trastornos, en realidad lo logra en virtud de que opera como un proceso de educación emocional. Las acciones de los TCP se concentran, por un lado, en explicar la relevancia del cuidado de la salud mental, de contar con ayuda especializada cuando se requiere, y desmitificar los estereotipos sobre la psicología, y, por el otro, en facilitar herramientas que permitan una mejor comprensión de las propias reacciones emocionales ante una catástrofe social, como lo es el conflicto armado colombiano.

De alguna manera, por cuanto la labor que realizan los TCP no consiste únicamente en facilitar un proceso de gestión emocional del dolor y el sufrimiento por los que están pasando otros, sino que también supone aplicar el conocimiento y los aprendizajes que adquirieron durante el proceso formativo, se constituye en un proceso de educación en salud mental, siguiendo la trayectoria vivida por los mismos TCP en el entrenamiento:

“Muchas personas decían que los psicólogos eran para locos, pero ahora no. Ahora, en este contexto, la gente busca a los psicólogos, ¿por qué? Por este proyecto, por los trabajadores comunitarios y por las personas que trabajan en la comunidad”. (TCP – Buenaventura)

“Cuando uno escucha ‘el mental’, aquí por lo general era donde se iban a meter a las personas locas, entonces cómo va a ser salud mental. A medida que se fue avanzando, que ya digamos como que le explicaron a uno realmente lo sano de salud mental, que era el equilibrio entre digamos uno y su entorno, fui entendiendo que, aunque no lo conocía como ese término, era algo, digamos, con lo que normalmente uno vivía”. (TCP – Quibdó)

“Nosotros les damos herramientas a las víctimas para que, por sí solos, puedan aprender a solucionar lo que se les presente en el camino, y que no siempre tengan que estar dependiendo de venir aquí para poder resolver; que con lo que aquí aprendan, fuera de ayudarlo a solucionar el estado emocional, puedan también ayudar a otros o también ayudarse a sí mismos”. (TCP – Buenaventura)

“Yo me siento satisfecha cuando yo termino con un participante y la persona me dice ‘ay, seño, gracias, ya me siento mucho mejor, ya puedo hacer esto, yo antes no podía esto’. Yo me siento satisfecha con esas palabras que la persona me dice, a pesar de que yo no me había visto en este campo”. (TCP – Quibdó)

“A través de las situaciones que ellos han vivido, muy dolorosas, dejan de hacer cosas que a ellos les satisface mucho y que los hace sentir muy bien. Entonces ayudamos a que ellos vuelvan a hacer estas cosas y que les ayude a ellos emocionalmente a estar mejor”. (TCP – Buenaventura)

Si bien los límites que tiene la gestión emocional comunitaria están establecidos de antemano, a estos se suman condiciones estructurales que inciden de forma significativa en el bienestar emocional de las personas atendidas y que trazan los límites mismos de este tipo de intervenciones:

“En algunos momentos nosotros estamos atendiendo las personas y vemos que el puntaje de monitoreo, sí, la calificación en cuanto a sus emociones, sus síntomas, va bajando, pero le cortaron la energía y eso la hizo sentir mal, no tuvo que darles a sus hijos de comer y eso la tiene triste”. (TCP – Buenaventura)

“Lo que estamos enfrentando es una lucha con lo emocional y lo económico. Nosotros ayudamos en la parte emocional, pero queda faltando la parte económica, cosa que, pues, aquí no se puede solucionar, pero al menos les ayudamos muchísimo a pensar de manera diferente frente a lo que le esté

pasando, como para que tengan otra visión, pero sí son cosas que uno sabe, realmente uno es consciente que no es de emociones, es de esto, porque gente con hambre no es por emoción, es por hambre”. (TCP – Buenaventura)

“Cuando la persona dice ‘ay, seño, mire: que ese programa es tan bueno, cambié el pensamiento, pero igual no puedo dormir porque no tengo vivienda’. Uno se siente impotente porque no tenemos la varita mágica para hacerle la vivienda. Le ayudamos a cambiar el pensamiento en otra cosa, pero igual sabemos que se va sintiendo maluco”. (TCP – Quibdó)

Al reconocer los límites de la gestión emocional comunitaria se delimitan las actuaciones bajo un marco ético que reconoce la importancia del conocimiento psicológico experto y su rol, cuándo remitir, qué hacer y qué no hacer en cada caso. Pero, por otro lado, los límites se amplían, por cuanto la noción de *salud mental* y *bienestar emocional* trasciende las nociones individuales más clásicas y se acerca más a la idea de “vivir bien”, “buena vida”, nociones ya incluidas por la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez-Restrepo 2015) para definir las nociones de *Salud Mental* de los colombianos, o de “vivir sabroso”, más propia del Pacífico colombiano (Quiceno 2016).

“Pues nosotros como víctimas, que veníamos de un territorio muy sano, para nosotros la salud mental era eso, compartir con las comunidades, bailar, enterrar a sus muertos, jugar su bingo, que la comunidad, que el río, esa era la forma de nosotros. Esa palabra, salud mental, es palabra de psicólogos, ninguna de esas palabras existía allá”. (TCP – Quibdó)

“A la salud mental no le veía importancia. Ni decía que era para locos. O sea, para mí la salud mental no estaba como en mi mente, porque yo vengo de un pueblo de la costa y por allá no se mencionan esos términos, o sea, no se mencionaban, y la gente se sanaba con sus propios recursos, o sea, sus *alabaos*, con sus chistes, con sus cantos, con sus arrullos, pero no lo veíamos como una salud mental, simplemente que se sanaba del problema que tenía”. (TCP – Buenaventura)

Con todo, a pesar de que el proyecto ACOPLÉ dialogó e indagó las prácticas tradicionales de gestión emocional de las comunidades, estas no fueron integradas al protocolo de atención. Este aporte del saber comunitario se queda por fuera del proceso formativo, ya que no se integra al conocimiento ni a la práctica de la experticia profesional. La técnica en la que se entrenan los participantes replica las estructuras de rigor científico: se debe seguir un protocolo estricto, guiarse por los puntajes en las escalas de entrada y seguir la ruta que corresponda, según cómo se evalué al participante en la entrevista inicial. Este protocolo no adopta tradiciones de sanación de la comunidad, como por ejemplo, los *alabaos*, y su rigidez a veces no permite gestionar situaciones

emocionales que no se enmarcan en él. Del mismo modo, al enmarcarse en esta estructura deja de lado la idea de *bienestar* que, justamente, recorre el concepto de *salud mental* descrito antes:

“[La] salud mental sí es importante, y salud también es una prioridad para muchas personas, pero hay otras cosas que también son prioridad: trabajo es prioridad, educación es prioridad, un techo es prioridad. Y, a veces, si te quedas solo en salud mental pues las otras cosas que se dan pueden, eso disminuye mucho el interés”. (TCP – Buenaventura)

Por lo anterior, se evidencia una necesidad de ampliar los límites conceptuales en relación con la salud mental, de modo que permitan integrar prácticas tradicionales comunitarias de sanación. Si bien la estructura del protocolo facilitó su apropiación por los TCP durante la primera fase, queda pendiente una articulación estructural del protocolo con las prácticas culturales locales para el cuidado emocional y la gestión del dolor y el sufrimiento. Aunque estas prácticas se integran informalmente al margen del protocolo de atención, resulta importante darles un lugar formal dentro de este que refleje la horizontalidad de los saberes. Por último, en relación con la ética del primer nivel de atención en salud mental, cabe destacar que se hace necesario establecer sinergias entre la educación emocional y la transformación de las condiciones estructurales de la vida material concreta, pues de lo contrario se limita su potencia preventiva.

Conclusiones

La mayor fortaleza de un proceso de formación en herramientas terapéuticas a víctimas del conflicto armado que atienden o acompañan a otras víctimas, como el proyecto ACOPLÉ, radica en el proceso reflexivo que suscita en los participantes. Así, sin desconocer los beneficios para la salud mental que el proyecto ha obtenido (Pacichana *et al.* 2016), hay un proceso significativo de incidencia en el bienestar emocional de los TCP. Esta incidencia corre de la mano de un conocimiento y cuidado de sí que se erige en precondition para desarrollar su labor de terapeutas comunitarios.

Las transformaciones reportadas por los TCP en su propia experiencia vital hacen que los resultados de un programa de formación en herramientas terapéuticas deban leerse, no sólo en clave de las personas atendidas, sino también en las personas formadas. Pero por esto mismo anuncian la relevancia de avanzar en procesos de educación emocional en el país. Así, los procesos formativos en herramientas terapéuticas y el fortalecimiento de las acciones implementadas por las comunidades podrían incidir en una mayor efectividad de los programas especializados en salud mental, pues favorecerían una gestión local y comunitaria de los impactos del conflicto armado, disminuyendo los

requerimientos de profesionales expertos en psicología clínica y fortaleciendo el lazo social. Además, podrían ayudar a desmitificar la labor de los profesionales en psicología y a precisar su pertinencia.

Debido a las comprensiones que subyacen a los marcos legales vigentes y a las estructuras institucionales, en algunos casos se reconoce como problemático el hecho de que personas que no tienen un título profesional en psicología o psiquiatría asuman roles terapéuticos. Sin embargo, es importante anotar que los gestores emocionales comunitarios pueden llegar a ser un potencial para incidir en el contexto diverso y rural del país, y que un proceso de fortalecimiento de sus habilidades y herramientas orientaría mejor las demandas en salud mental de las comunidades, logrando que el trabajo de los profesionales en psicología y psiquiatría sea más efectivo. No obstante, la potencia de los terapeutas comunitarios podría llegar a ser mayor si se gesta un ejercicio dialógico entre el conocimiento especializado en psicología clínica y las formas tradicionales, locales y comunitarias de gestión emocional.

En retrospectiva, los procesos de formación en herramientas terapéuticas a personas de comunidades afectadas por el conflicto armado reflejan características importantes de la consolidación del enfoque psicosocial en Colombia. Por un lado, la reflexividad se erige en un punto de partida fundamental para la apertura del espacio dialógico entre el saber científico y los saberes locales, en el cual se posibilita la creación de relaciones de otro modo que cuestionan el lugar del “experto”. Sin embargo, aún hay un camino importante por recorrer, con el fin de reconocer la validez de los saberes comunitarios en torno a la salud emocional. Por otro lado, se hace evidente la necesidad de avanzar, al mismo tiempo, tanto en programas de educación emocional comunitaria como en procesos de transformación de las condiciones socioeconómicas de la población víctima del conflicto. En la medida en que unos y otros se desarrollen, es probable que los requerimientos de profesionales en psicología que brinden atención o acompañamiento a víctimas estén mejor orientados.

Referencias

1. Arango, Carlos y Nelly Ayala. 2011. “La Psicología Comunitaria en Colombia: Una aproximación histórica”. En *Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y transformación*, editado por Maritza Montero e Irma Serrano-García, 139-156. Buenos Aires: Paidós.
2. Aranguren, Juan Pablo. 2017. “Efectividad del daño y desdibujamiento del sujeto: aproximaciones a las narrativas sobre el sufrimiento en el conflicto armado colombiano”. *Revista de Estudios Sociales* 60: 62-71. <https://doi.org/10.7440/res60.2017.05>
3. Arévalo, Liz. 2010. “Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva”. *Revista de Estudios Sociales* 36: 29-39.
4. Bauman, Zygmunt. 1997. *Legisladores e intérpretes. Sobre la modernidad, la posmodernidad y los intelectuales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
5. Bello, Martha Nubia. 2005. “Trabajo Social en contextos de violencia política”. *Trabajo Social* 7: 9-20.
6. Bourdieu, Pierre. 2003. *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
7. Corporación AVRE. 1992. *Programa de Formación de Terapeutas Populares (TEP) y de Multiplicadores en Acciones Psicosociales, Salud Mental y Derechos Humanos (MAP)*. Bogotá: Corporación AVRE.
8. Corporación AVRE. 2003. *Recreando la esperanza. AVRE 1992-2002. 10 años*. Bogotá: Corporación AVRE.
9. Denzin, Norman K. 2009. “The Elephant in the Living Room: Or Extending the Conversation about the Politics of Evidence”. *Qualitative Research* 9 (2): 139-160. <https://doi.org/10.1177/1468794108098034>
10. Díaz, María Elena y Manuel Moreno. 2016. “Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia”. *El Ágora USB* 16 (1): 193-213.
11. Dimitriadis, Greg. 2016. “Reading Qualitative Inquiry through Critical Pedagogy. Some Reflections”. *International Review of Qualitative Research* 9 (2): 140-146. <https://doi.org/10.1525/irqr.2016.9.2.140>
12. Domènech, Miguel y Tomás Ibáñez. 1998. “Psicología social como crítica”. *Revista Anthropos. Psicología social una Visión Crítica e Histórica* 177: 12-21.
13. Duarte, Eva y Diego Rodríguez. 2016. “ACOPLE: Experiencia de intervención en acompañamiento emocional comunitario con enfoque psicosocial dirigida a sobrevivientes del conflicto colombiano ubicados en el Pacífico colombiano”. En *Experiencias significativas en Psicología y Salud Mental*, compilado por Alejandro Baquero, 80-87. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
14. Gómez-Restrepo, Carlos. 2015. *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Colciencias y Ministerio de Salud.
15. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. s. f. “¿Qué es OSITA? Outreach, Screening, and Intervention for Trauma for Internally Displaced Women”. <http://www.grandchallenges.ca/grantee-stars/0339-04/>
16. Fassin, Didier y Richard Rechtman. 2009. *The Empire of Trauma*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
17. Foucault, Michel. 2000. “La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad”. *Nombres. Revista de Filosofía* 15: 257-280.
18. Foucault, Michel. 2008. *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Paidós.
19. Gergen, Kenneth J. 2006. *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
20. Guevara, Carmen. 2015. “La educación popular: campo de acción profesional del trabajador social”. *Telos* 17 (2): 308-323.
21. Guzder, Jaswant, Hanna Kienzler y Duncan Pedersen. 2015. “Searching for Best Practices: A Systematic Inquiry into the Nature of Psychosocial Interventions Aimed at Reducing the Mental Health Burden in

- Conflict and Postconflict Settings". *SAGE Open* 5 (4): 1-25. <https://doi.org/10.1177/2158244015615164>
22. Heartland Alliance International. 2015. "HAI Quarterly Progress Report. ACOPLÉ - Community-Based Treatment Services for Afro-Colombian Victims of Torture". http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KND6.pdf
 23. Íñiguez-Rueda, Lupicinio. 2003. "La psicología social como crítica: Continuismo, estabilidad y efervescencias tres décadas después de la 'crisis'". *Revista Interamericana de Psicología* 37 (2): 221-38.
 24. Martín-Baró, Ignacio. 1983. *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
 25. Martín-Baró, Ignacio. 2006. "Hacia una Psicología de la liberación". *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria* 1 (2): 7-14.
 26. Melville, Amanda. 2003. "Psychosocial Interventions. Evaluation of Unicef Supported Projects (1999-2001)". Unicef. http://www.ecdgroup.com/docs/lib_005421517.pdf
 27. Monroy, Idalid. 2005. "Cambios de enfoque en la intervención social: la perspectiva de derechos". *Trabajo Social* 7: 47-58.
 28. Montero, Maritza y Nelson Varas Díaz. 2007. "Latin American Community Psychology: Development, Implications, and Challenges within a Social Change Agenda". En *International Community Psychology: History and Theories*, editado por Stephanie M. Reich, Manuel Riemer, Isaac Prilleltensky y Maritza Montero, 63-98. Nueva York: Springer.
 29. Muñiz, Oscar y Diego Restrepo. 2005. "Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003". *Informes Psicológicos* 7: 71-107.
 30. Nakimuli-Mpungu, Etheldreda, Stephen Alderman, Eugene Kinyanda, Kathleen Allden, Theresa S. Betancourt, Jeffrey S. Alderman, Alison Pavia et al. 2013. "Implementation and Scale-Up of Psycho-Trauma Centers in a Post-Conflict Area: A Case Study of a Private-Public Partnership in Northern Uganda". *PLoS Medicine* 10 (4): 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001427>
 31. Nakimuli-Mpungu, Etheldreda, James Okello, Eugene Kinyanda, Stephen Alderman, Juliet Nakku, Jeffrey S. Alderman, Alison Pavia, Alex Adaku, Kathleen Allden y Seggane Musisi. 2013. "The Impact of Group Counseling on Depression, Post-Traumatic Stress and Function Outcomes: A Prospective Comparison Study in the Peter C. Alderman Trauma Clinics in Northern Uganda". *Journal of Affective Disorders* 151 (1): 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.055>
 32. Ortega, Fernando. 2011. "El trauma social como campo de estudios". En *Trauma, cultura e historia: reflexiones interdisciplinarias para el nuevo milenio*, editado por Fernando Ortega, 17-59. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
 33. Pacichana, Sara Gabriela, Gisel Viviana Osorio, Francisco Javier Bonilla, Andrés Fandiño y María Isabel Gutiérrez. 2016. "Common Elements Treatment Approach Based on a Cognitive Behavioral Intervention: Implementation in the Colombian Pacific". *Ciência & Saúde Coletiva* 21 (6): 1947-1956. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07062015>
 34. Quiceno, Natalia. 2016. *Vivir sabroso. Luchas y movimientos afrotrataños en Bojayá, Chocó, Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario.
 35. Ramírez, Yolima. 2007. *Entre pasos y abrazos. Las promotoras de vida y salud mental, PROVISAME, se transforman y reconstruyen el tejido social del Oriente Antioqueño. Sistematización de la experiencia del modelo formativo 2004-2006*. Medellín: Conciudadanía - CINEP - Asociación de Mujeres del Oriente Antioqueño (AMOR).
 36. Shultz, James M., Natalia Muñoz García, Ángela Milena Gómez Ceballos, Luis Jorge Hernández Flórez, Ricardo Araya, Helen Verdeli, Zelde Espinel, Sandra Patricia Cipagauta Bolívar, Yuval Neria, y el equipo OSITA Outreach. 2014. "Outreach to Internally Displaced Persons in Bogotá, Colombia: Challenges and Potential Solutions". *Disaster Health* 2 (2): 75-81. <https://doi.org/10.4161/21665044.2014.954500>
 37. Summerfield, Derek. 1999. "A Critique of Seven Assumptions behind Psychological Trauma Programmes in War-Affected Areas". *Social Science & Medicine* 48 (10): 1449-1462.
 38. Zafar, Shamsa, Siham Sikander, Syed Usman Hamdani, Najia Atif, Parveen Akhtar, Huma Nazir, Joanna Maselko y Atif Rahman. 2016. "The Effectiveness of Technology-Assisted Cascade Training and Supervision of Community Health Workers in Delivering the Thinking Healthy Program for Perinatal Depression in a Post-Conflict Area of Pakistan - Study Protocol for a Randomized Controlled Trial". *Trials* 17 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1308-2>