
RETORNAR AL CAMINO

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Directora General

Elvira Forero Hernández

Secretaria General

Rosa María Navarro Ordóñez

Directora Técnica

Martha Liliana Huertas Moreno

Subdirectora de Intervenciones Directas

Ingrid Rusinque Osorio

Comité técnico:

Martha Yaneth Giraldo - ICBF

Maribel Moreno – ICBF

Rommel Rojas Rubio - OIM

Sandra Ruiz-OIM

Coordinación Editorial

Henry Matallana Torres

Jefe de Oficina de Comunicaciones y Atención al Ciudadano del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Diseño e impresión

Impreca Ltda.

ISBN: 978-958-99030-2-5

**Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN) -
Clínica Montserrat**

Iván Jiménez

Director

**Organización Internacional para las Migraciones
(OIM)**

José Ángel Oropeza

Jefe de Misión

Autores:

María Clara Bayón - (ICSN)

José Posada - (ICSN)

Alfonso Rodríguez - (ICSN)

RETORNAR AL CAMINO. *Manual para orientar la toma de decisiones frente a comportamientos problemáticos en adolescentes desvinculados de grupos organizados al margen de la ley.*

Primera edición, Febrero de 2010

© *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Organización Internacional para las Migraciones

Esta publicación fue posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), el Gobierno de Italia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Los contenidos son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones de USAID o el gobierno de los Estados Unidos de América, ni del Gobierno de Italia, ni de la OIM.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Avenida Carrera 68 N° 64 C 75 PBX 437 7630. Sede Nacional.

Línea gratuita nacional Bienestar Familiar 01 8000 91 80 80

www.Icbf.gov.co

CONTENIDO

Capítulo I	
Introducción	5
Capítulo II	
Adolescencia: Transformación	11
Capítulo III	
Duelo	27
Capítulo IV	
Resiliencia	35
Capítulo V	
Medidas iniciales de apoyo	41
Capítulo VI	
Formas de ayuda: Psicoterapias	55
Capítulo VII	
Espiritualidad	59
Capítulo VIII	
Enfermedad incurable versus disfunción controlable	69

Presentación

El Instituto Colombiano de Bienestar familiar, ICBF, está comprometido con los procesos de restablecimiento de los derechos vulnerados de los niños, niñas y adolescentes que se desvinculan de los grupos armados organizados al margen de la ley por medio del programa de atención especializada. Consecuentes con este compromiso se han adelantado diversas acciones tendientes al mejoramiento continuo de los procesos y al fortalecimiento de las capacidades técnicas de servidores públicos y operadores.

Dentro de las acciones adelantadas se presenta el material “Retornar al camino: Manual de alertas tempranas en salud mental ” cuyo objetivo es brindar herramientas de actuación temprana para que los equipos técnicos y profesionales que acompañan a los niños, niñas y adolescentes en el proceso de desvinculación e integración social identifiquen y comprendan en contexto las diferentes situaciones que pueden relacionarse con el proceso de restablecimiento.

Este documento se desarrolló a partir del diplomado virtual “Alertas tempranas para niños, niñas y adolescentes que se desvinculan de grupos armados al margen de la ley”, el cual contó con la participación de 13 regionales y 171 profesionales del ICBF, de los operadores del programa, de la Alta Consejería para la Reintegración y la Organización Internacional de Migraciones – OIM, el cual fue realizado en el marco del convenio de cooperación 352 de 2002 suscrito con la OIM y con el apoyo técnico de la Clínica Monserrat.

Esperamos que este material aporte favorablemente a las acciones que día a día realizan los profesionales del programa y será de utilidad en el desarrollo de procesos pertinentes y acordes con los NNA que se desvincularon.

ELVIRA FORERO HERNÁNDEZ
Directora General del ICBF

CAPÍTULO I



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las personas que han pertenecido a grupos organizados al margen de la ley, viven su desvinculación de estos grupos de una manera personal y compleja. Acompañar a los niños, niñas y adolescentes (en adelante se empleará la convención NNA) en este proceso, constituye un reto grande para los equipos de profesionales. En el camino surgen numerosas preguntas: ¿Cómo hacerlo?, ¿cómo entender las peculiaridades de las respuestas?, ¿estará o no manipulando?, ¿sus reacciones dependen solamente de sus etapas de ciclo vital o se tratará simplemente de una respuesta de adolescencia? Este manual realizado por el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat, en el marco del convenio ICBF-y OIM, pretende dar respuesta a estas y otras inquietudes que los equipos que acompañan a los NNA que se desvincularon de los grupos en mención, tienen cuando abordan los problemas relacionados con la salud mental de esta población, estableciendo unas pautas que permitan estar alerta y detectar de manera temprana las situaciones más comunes que pueden emerger en este campo y su manejo inicial.

Las guías de *acompañamiento psicosocial*, conjunto de módulos diseñados por la Corporación Vínculos, dentro del programa de atención a esta población que desarrolla el Instituto Colombiano de Bienestar Famil-

iar, ha sido de gran importancia para acompañar a este grupo poblacional en su proceso de inserción social. Resuelve la mayoría de las preguntas y ha sido de gran valor para apoyar a los NNA que se desvincularon de grupos organizados al margen de la ley y a los equipos técnicos que los acompañan en este proceso. Existe sin embargo, un grupo de NNA que persisten en comportamientos que no benefician su proceso de inclusión: algunos ingieren sustancias psicoactivas, tienen dificultad para manejar su agresividad, para dormir, comer, relacionarse o construir su propio mundo o pueden llegar a atentar contra su vida. Estas situaciones plantean cuestionamientos de cómo ayudar, cómo prevenir y en especial, cómo evitar el sufrimiento y favorecer los procesos de resiliencia, con el fin último de apoyar una adecuada inserción social, objetivo al que le apunta el programa especializado de ***“Atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados de grupos organizados al margen de la ley” del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.***

Ayudar a los NNA, a adaptarse de manera creativa requiere de un enfoque integral, que tenga en cuenta las particularidades de cada caso y que destaque sus fortalezas, evitando un lenguaje que se centre tan sólo en las carencias. Este enfoque, busca entender la complejidad de los procesos de desvinculación e inserción en la vida civil respetando las experiencias particulares,

para ayudar a descubrir nuevas formas de narrar su historia, de tal manera que puedan continuar con sus vidas de modo creativo.

No obstante lo intrincado de estas situaciones, se deben buscar soluciones sencillas para lo cual, un enfoque biopsicosocial y espiritual ayuda en estos casos, al abordar los procesos de trauma, duelo y conflicto. Los NNA desvinculados, presentan frecuentemente afectación en su salud mental por las experiencias vividas durante este período, ya sea por su participación en actividades de combate, logística o inteligencia. Sin embargo, también es común que hayan sido víctimas de otros tipos de violencias, de tipo sexual, del ámbito doméstico, de tipo criminal o de la violencia que imponen la exclusión social y la precariedad.

De ahí la importancia de detectar precozmente las señales de alerta que indican que su salud ha sido afectada por estas violencias y que existe la necesidad de apoyo, asesoría o tratamiento para gestionar los conflictos, aliviar el dolor, y determinar si es necesario un manejo por parte de un especialista. En este caso, la evaluación psiquiátrica no debe manejarse como un castigo por un “mal comportamiento” o falta disciplinaria, sino como parte de un proceso de retorno a la vida civil que es requerido en algunos casos especiales dentro del Programa.

Es frecuente oír que las personas con síntomas en cualquiera de los niveles, “están llamando la atención” o “están manipulando”,

frases cargadas de un significado que descalifica y resta importancia a este tipo de manifestaciones. Puede darse el caso de un/a adolescente que acude a la manipulación, debido a que siente que tiene poco control para resolver sus situaciones y percibe el sistema en el que vive de manera opresiva. Puede sentir, a su vez, que es él quien está siendo manipulado y por tanto, que debe manipular. Llamar la atención y manipular son formas de pedir ayuda. En el acompañamiento de adolescentes con estas características, es importante estar dispuestos a detectar tempranamente estas señales de alerta para poder entender las situaciones vividas y aliviar el sufrimiento.

Es importante entender la adolescencia y la niñez como procesos en el transcurso de la vida, que se modifican y perturban con la presencia de duelos, traumas y conflictos, para detectar en forma temprana las señales de sufrimiento y apoyar de manera oportuna y efectiva, con un manejo que tenga en cuenta las diferencias y las particularidades de sus experiencias y situaciones.

El tratamiento integral con NNA, nos ha enseñado que es conveniente un enfoque biopsicosocial y espiritual. Además, que los tratamientos tradicionales psiquiátricos y psicológicos no resuelven los problemas y que a veces, mirar sólo un aspecto de la situación puede llegar a agravarlos. La experiencia muestra en muchos casos, que sin una indicación adecuada, pueden aparecer reacciones adversas a algunos medicamentos o las psicoterapias se vuelven intrascendentes y los llevan a decir “ya he hablado con mucha

gente y he contado mi historia muchas veces y eso no ayuda” o “ese psiquiatra sólo me empepa y me emboba”. Temas como la culpa, la reparación, o el perdón, deben tenerse en cuenta para crear un espacio de crecimiento espiritual, donde se puedan discutir estos aspectos que generalmente no se contemplan.

La literatura está llena de explicaciones y descripciones acerca de cómo los NNA, viven las situaciones y los sufrimientos implícitos a su proceso de desvinculación e inserción social¹:

“El doctor del campamento se preocupaba por la fiebre, los resfriados y muchos otros síntomas, pero nunca preguntó por mis migrañas y pesadillas”.

“Me soñaba que me habían pegado un tiro en la cabeza, me despertaba sudando y no me podía volver a dormir”.

“Cuando abría la llave del agua veía como si saliera sangre en vez de agua”.

“Nuestra infancia no ha sido una infancia normal, ha sido una infancia a la carrera, llena de miedos”.

Todas estas narraciones, se repiten también cuando los NNA son atendidos en psicoterapia. Muchas veces soportan estas sensaciones en silencio y se acostumbran a sus síntomas, por esta razón ellos(as) o el equipo técnico, las pueden percibir como normales o “naturales”, producto de alteraciones de tipo disciplinario o de un cuadro psiquiátrico y por tanto competencia de un ámbito ajeno al grupo de apoyo, que con frecuencia puede quedar paralizado o impotente. Estas señales de sufrimiento silencioso en los NNA y en los equipos, son las alertas tempranas que si pasan desapercibidas, se acumulan y aparecen como situaciones sintomáticas graves que requieren atención urgente.

Este manual, tiene como objetivo apoyar a los equipos técnicos y profesionales que acompañan a los NNA en el proceso de desvinculación e inserción social, para que puedan detectar y entender en contexto estas diferentes problemáticas y actuar de manera temprana. Para este efecto, la experiencia previa nos ha mostrado que las quejas sintomáticas más frecuentes son: dificultades de adaptación, pesadillas, abuso de sustancias psicoactivas, escenas retrospectivas o reviviscencias, comportamientos auto o heterodestructivos, episodios de despersonalización o disociativos, irritabilidad, sobresalto, depresión o ansiedad. Pero estas manifestaciones pueden ser tan comunes que se haga difícil diferenciar cuándo son sintomáticas y cuándo no.

Por tal motivo, el equipo siempre debe estar dispuesto a entrar en generalizaciones y analizar en contexto en qué casos se debe considerar un síntoma y las implicaciones de verlo así.

1.. “Delia”. En Pilar Lozano. La guerra no es juego de niños. Intermedio Editores. Bogotá. 2005.

El Manual también permite diferenciar los síntomas y sufrimientos evitables y propios de aquellas situaciones del desarrollo del ciclo vital, para poder apoyar los tratamientos y por otra parte, reconocer los procesos de trauma y duelo. Los NNA desvinculados, que reciben ayudas a nivel biopsicológico, con frecuencia son estigmatizados, tildados de locos; por eso es habitual que sus sufrimientos los mantengan escondidos y en silencio. Otra labor de los equipos de apoyo es evitar esta estigmatización.

El enfoque biopsicosocial y espiritual permite determinar la presencia de sintomatología, la necesidad o indicación de una medicación, teniendo en cuenta lo incapacitante de los síntomas y evitar el riesgo de aparición de cuadros más complicados o de una sedación innecesaria. El apoyo oportuno busca la construcción de nuevas narrativas, para hallarle sentido a la vida, construir resiliencia y apoyar la búsqueda espiritual.

Cada experiencia vivida es única y compleja, hay que tener en cuenta las dualidades y contradicciones entre adaptación creativa y sometimiento, entre espontaneidad e

impulsividad, sueños realistas y desesperanza, culpa y responsabilidad, reparación y perdón. Sólo así, es posible realizar un apoyo integral y reconocer nuestra responsabilidad social frente a estas personas atrapadas en un contexto de violencia que las lastima y enferma. Adicionalmente, el conocimiento de los aportes científicos y de otras experiencias similares a la de Colombia, permite realizar un abordaje efectivo y oportuno.

El presente manual se fundamenta pedagógicamente en un esquema eminentemente formativo, basado en ***preguntas-problema*** a manera de preámbulo, que invitan al lector a reflexionar y comprender la situación a trabajar desde su condición de profesional.

Genera y moviliza, a partir de lo teórico, intervenciones pertinentes, adecuadas y personalizadas según cada sujeto, con el objetivo final de fortalecer y afianzar comportamientos que contribuyan de manera significativa y efectiva a la inserción social de NNA desvinculados de grupos organizados al margen de la ley, con una perspectiva humanista, biológica, social, espiritual e histórica.



CAPÍTULO II

ADOLESCENCIA TRANSFORMACIÓN

REFLEXIONE a propósito de...

- **¿Es la adolescencia una etapa traumática y de crisis en el desarrollo humano? o ¿es una etapa que sirve para afianzar y definir aspectos biopsicosociales del individuo? Si la adolescencia es traumática ¿el conflicto agudiza la percepción del trauma? Es adecuado identificar conflicto con trauma? ¿Crisis y trauma son propios de la adolescencia?**

Favor conteste si considera que las siguientes afirmaciones son verdaderas (v) o falsas (f), luego discuta con sus compañeros(as) de trabajo acerca de sus respuestas:

- La adolescencia es una etapa traumática de la vida V o F ()
- Un/a adolescente que vive situaciones traumáticas de violencia, no va a poder recuperarse nunca ()
- Todo/a NNA que vive un evento violento, se traumatiza ()
- A un/a NNA desvinculado/a no le importa el sufrimiento de los demás, por

el hecho de haber vivido situaciones de violencia ()

- El/la adolescente en sí mismo/a es violento/a ()
- Un/a NNA que haya vivido en la violencia no se puede adaptar a otra forma de vida ()
- Se necesitan varios eventos traumáticos para que el/la adolescente desarrolle el síndrome de estrés postraumático ()

Adolescencia como crisis trauma y adolescencia

En la adolescencia se presentan cambios biológicos, psicológicos y sociales, que se manifiestan en modificaciones del comportamiento, de las creencias y de las relaciones.

La participación de los NNA en acciones ligadas con situaciones de extrema violencia deja huellas en las variables mencionadas al tener que actuar como adultos/as, participar en procesos y dinámicas inusuales propias de un contexto donde se establecen relaciones distintas sin posibilidad de elaborar duelos u otras situaciones

Como consecuencia de ello, presentan manifestaciones de trauma y duelos no resueltos que deben comprenderse para poder ayudarlos a construir una nueva vida y adaptarse de manera creativa a su nuevo entorno social.

REFLEXIONE a propósito de...

- **¿De qué sirve abordar la adolescencia en este manual y cuál debería ser el criterio para hacerlo?**
- **¿Existen características propias de la adolescencia como etapa, que se deben conocer necesariamente?**
- **¿Estudiar la adolescencia como una etapa propia del proceso evolutivo del ser humano, induce a concebirla como una etapa de crisis?**

Adolescencia

La adolescencia es una etapa en donde se hacen más evidentes los cambios biológicos, psicológicos y emocionales, en un ambiente social y cultural determinado. Se caracteriza por la búsqueda de identidad, independencia y autonomía. De acuerdo al Informe Defensorial, realizado por la Defensoría del Pueblo en noviembre de 2006, las principales motivaciones de NNA para

vincularse a un grupo organizado al margen de la ley, están relacionadas con qué ingresar era atractivo como forma de vida, por gusto por las armas y el uniforme y por violencia intrafamiliar. En muchos casos la vinculación se da de manera forzada; 48% de las mujeres y 26% de los hombres, reportan maltrato intrafamiliar previo a su vinculación al grupo armado. Todo esto indica que el ingreso se realiza en medio de una crisis adolescente o en busca de oportunidades, es por tanto fácil, que se perturbe el proceso normal de desarrollo y muchas veces se conviertan en adultos en cuanto a algunos de sus actos, pero conserven sus emociones y sentimientos de adolescentes.

Es frecuente que las violencias vividas antes y durante su pertenencia al grupo les alteren el sentido de la vida. Igualmente, el proceso de desvinculación les exige cambios radicales y alejamiento de sus familias. (UNA DE LAS PRIMERAS ACCIONES QUE DESARROLLA EL PROGRAMA ES PROMOVER LA UBICACIÓN DEL MEDIO FAMILIAR PARA VISUALIZAR EL POSIBLE REINTEGRO)

Características generales de los y las adolescentes

1. Los cambios físicos son rápidos y profundos.
2. Empieza la madurez del aparato reproductor.
3. La búsqueda de identidad se convierte en algo muy importante.



4. Los compañeros ayudan a desarrollar y probar el autocontrol.
5. Existe una marcada necesidad de aprobación.
6. Cuestionamiento de las reglas y de los lineamientos sociales.
7. Lucha entre la necesidad de depender y las ganas de ser independiente.
8. Sentido de la inmediatez y muchas veces poca tolerancia a la frustración
9. Necesidad de pertenecer a un grupo.

REFLEXIONE a propósito de...

El trauma se puede producir en cualquier etapa de la vida humana.

¿Por qué debemos abordarlo, luego de acometer el estudio de las generalidades de la adolescencia en este tipo de población?

¿Es traumático de por sí el contexto de la violencia social y política? ¿Afecta más cuando se es adolescente?

¿Se puede entender el contexto de participación en un grupo de estos como una manifestación contestataria propia de la actuación adolescente?

Es en esta parte de la vida, cuando se termina de establecer la identidad y los rasgos que van a definir la personalidad de cada adolescente. Las experiencias de violencia que han vivido los NNA desvinculados, pueden producir impactos particulares en cada caso y manifestaciones sintomáticas diferentes a las de los adultos. En algunas ocasiones las situaciones vividas son mayores a la resistencia del/la adolescente y se produce un trauma.

Como la experiencia de participar en los grupos armados de por sí es potencialmente traumática por todo lo que implica y genera, es indispensable adentrarnos a comprender, qué entendemos por trauma y por qué es necesaria su comprensión en este contexto.

¿Qué es trauma?

Trauma, es el proceso derivado de una situación experimentada como una amenaza a

la vida, con sensación de terror, indefensión, miedo o pérdida de control interno. La experiencia puede ser de desorganización interna, sobrepasa la capacidad de adaptación y altera la visión de sí mismo, de los demás y del futuro.

El trauma puede ocasionar sentimientos intensos de miedo, ansiedad, tristeza, impotencia, frustración. Altera la forma del diario vivir del adolescente tanto en cómo se relaciona con los demás, como en su desempeño en la vida cotidiana.

Una situación causa trauma cuando es inesperada, impredecible, no se tiene control de la situación y desborda la capacidad del individuo para afrontarla con los mecanismos y defensas usados habitualmente.

Son reacciones normales ante situaciones anormales



Características generales del trauma

Diversos autores hablan del modelo diátesis-estrés del trauma. Esto quiere decir que un ser humano puede traumatizarse más fácilmente que otro, incluso si ambos se exponen ante la misma situación traumática. Frente a la misma situación: *¿Por qué una persona se “traumatiza” y otra no?*

Para dilucidar esto, es importante conocer cuáles son las características de la situación traumática: Un NNA, al vivir una situación traumática, reacciona de una manera particular e individual dependiendo de su temperamento (genética), de la duración e intensidad del hecho, del sentido o significado que para él tengan estos hechos y de los eventos de alto impacto que se hayan vivido anteriormente, tales como violencia doméstica en el hogar de origen.

A las características del ambiente socio-cultural y de los rasgos del temperamento, se suman otros factores que se han agrupado bajo el concepto llamado *estresores de guerra*^{1,2} que influyen directamente en la severidad de los síntomas que puede presentar el /la adolescente desvinculado. Éstos se describen a continuación: (Ver cuadro siguiente página).

1. Daya Somasundaram, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Jaffna, Jaffna, Sri Lanka, Child soldiers: understanding the context, BMJ 2002;324:1268-1271 (25 May). En: www.bmj.com/cgi/content/full/324/7348/1268?eaf
2. Yehuda Rachel. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder, American Psychiatric Press, Washington 2005.

REFLEXIONE a propósito de...

¿Son clasificables los niveles de estrés que produce vivir en situaciones de violencia social y política, qué utilidad tiene su clasificación?

¿Por qué es fundamental generar diferenciaciones a este respecto?

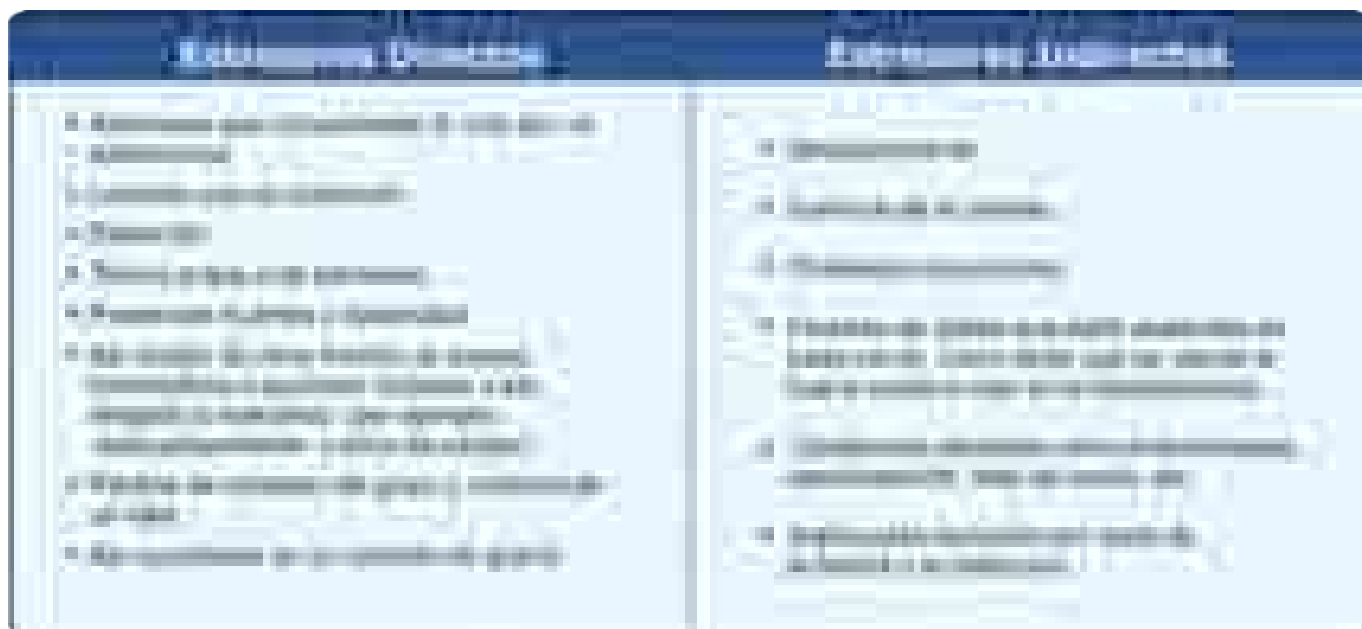
Estresores de guerra

La situación de estrés además de afectar lo social y lo interpersonal, afecta al individuo en lo corporal y psicológico, debido en particular a que las emociones alteradas comprometen el funcionamiento del cerebro. Para comprender esto, mencionaremos a continuación las etapas del trauma desde una visión global, mente-cuerpo-sociedad.

REFLEXIONE a propósito de...

¿Por qué hablar de etapas en el proceso del trauma?

¿Diferenciar cada una de las etapas hace más asertiva nuestra comprensión y oportuna una posible intervención?



Etapas del trauma

Visión biopsicosocial

El trauma se puede agrupar en varias etapas, por las cuales una persona atraviesa al vivir una experiencia traumática; éstas no suelen aparecer en un orden establecido y en algunos adolescentes se pueden presentar y en otros no. Para que esto suceda hay que tener en cuenta las características individuales así como la herencia y el medio social en el que se desarrolló el NNA.

Como todo el funcionamiento del individuo puede alterarse, es importante conocer, en primer lugar, qué pasa en el cerebro y cómo esto produce consecuencias en todo el organismo del NNA. Desde este punto de vista, existen principalmente dos sustancias del cerebro que se afectan ante un trauma, que son la **norepinefrina** y **el cortisol**. La primera se produce en mayor cantidad cuando la persona reacciona de forma inesperada ante una situación de miedo; esta sensación llega

al cerebro especialmente a la zona llamada corteza pre-frontal, encargada de almacenar recuerdos previos de situaciones de seguridad e inseguridad. Después, esta sensación pasa a la zona llamada amígdala cerebral, donde se almacenan las sensaciones de miedo.

Cuando se activan estas áreas, se genera en la persona una sensación de alerta general y por lo tanto se producen respuestas que consisten en reacciones de huida, parálisis o disposición para el ataque, que se manifiestan corporalmente en signos como aceleración del corazón, el aumento de la frecuencia respiratoria, sudoración y tensión generalizada. (Ver siguiente figura).

Con el estrés agudo se aumentan los niveles de noradrenalina, produciendo las conocidas reacciones de miedo e hiperalerta, que para el caso de los/las adolescentes sometidos a condiciones de violencia recurrente, puede expresarse en pérdida del apetito y otras molestias digestivas, trastornos del sueño, espasmos musculares, irritabilidad, dificultades



para concentrarse y otras manifestaciones propias de una condición aguda de excitación. Cuando el estrés se vuelve crónico, se producen alteraciones en los niveles de cortisol, que buscan en primera instancia un retorno a la normalidad bajo un efecto tranquilizador por su acción inhibitoria.

Pero ante una descompensación continua, el cortisol hace que distintas sustancias que controlan el funcionamiento del organismo se alteren a su vez, produciendo enlentecimiento en la capacidad de aprender, tendencia a la fatiga y a la depresión, supresión de la menstruación y disminución de la capacidad de reacción ante infecciones, entre otras manifestaciones que en su conjunto impiden o dificultad el adecuado desarrollo de los / las adolescentes

Las alteraciones biológicas del cerebro, de las hormonas y de las defensas del organismo a las infecciones, tienen su paralelo en el funcionamiento psicológico y en la vida social de quienes las presentan.



Etapas del trauma respuestas psicosociales y biológicas

Etapas del Trauma	Respuestas Psicosociales	Respuestas Biológicas
1. Inocuidad	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso.
2. Choque	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso.
3. Negociación	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso.
4. Reintegración	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso. • El individuo percibe que su entorno es inseguro y peligroso.

¿Cómo se desarrolla el trauma?



En esta gráfica podemos ver que hay dos situaciones que aumentan los síntomas en una persona que ha vivido una situación de trauma:

- La intensidad con que la persona se sienta amenazada.
- Las consecuencias emocionales negativas que se hayan ocasionado.

REFLEXIONE a propósito de...

- **¿Es posible determinar cuáles son las manifestaciones físicas y psicológicas en una persona expuesta a una situación traumática?**
- **¿Sirve de algo referenciar algunos comportamientos propios de la vivencia de una situación traumática?**
- **¿Es posible diferenciar síntomas propios de una patología de aquellas manifestaciones propias de una situación traumática?**

Una de las manifestaciones que suele aparecer primero en el/la adolescente, es la confusión de la realidad, pudiendo llegar a no reconocerla. Posteriormente se presentan síntomas más graves tanto psicológicos como biológicos, los cuales se describen a continuación.

A continuación se señalarán cuáles pueden ser las manifestaciones de orden psicológico y biológico que un/a adolescente puede exteriorizar, como resultado de un hecho severo y traumático.

Estos aspectos serán nuevamente revisados en el capítulo V.

Debe enfatizarse que aunque la experiencia del equipo es que muchas de las manifestaciones enumeradas a continuación son muy comunes en la población atendida por el Programa, estos hallazgos no se deben tomar fuera de contexto y su utilidad depende de lo que ocurra en otros campos, del grado de incapacidad que produzca en el funcionamiento cotidiano de la persona, de su intensidad y persistencia.

Síntomas agudos en adolescentes expuestos a un evento traumático



Estos síntomas pueden presentarse en un determinado momento y no volver a aparecer o por el contrario desencadenar el síndrome de estrés postraumático.

Las características típicas de este trastorno incluyen que la persona recuerde en diferentes oportunidades, situaciones del trauma que produjeron angustia, que ya se habían superado y que se vuelven a vivir en forma de recuerdos molestos también llamados reviviscencias o “flash back”, sueños o pesadillas, los cuales pueden producir una sensación de “aturdimiento emocional”. Asociado, se

puede presentar un distanciamiento de la familia y de los amigos, pérdida del interés por actividades que antes disfrutaba, así como el evitar situaciones que ocasionen recuerdos del trauma.

Se suele encontrar en el comportamiento del NNA, un estado de alerta extrema en donde hay reacciones de mucha angustia a estímulos pequeños, asimismo se pueden presentar alteraciones del sueño.

Estos síntomas pueden ocasionar que el/la adolescente se sienta triste y alterado/a por esta situación, porque es como si viviera en una circunstancia angustiante de forma permanente y esto con frecuencia puede llevar a que aparezca ideación, gestos e incluso intentos de suicidio.

¿Qué hacer frente a esta situación?

Los NNA que han vivido situaciones impactantes como las propias de estar en los grupos armados, pueden presentar manifestaciones de trauma que en ocasiones pasan inadvertidas y que poco a poco pueden empeorar hasta convertirse en una enfermedad.

En el diario vivir, ver a un/a adolescente sufrir por esta situación es angustiante para el equipo de trabajo. Al no saber qué hacer ni cómo ayudarlo, se producen situaciones de confusión entre todas las personas que lo rodean, porque altera el funcionamiento de quien sufre estos síntomas como de sus pares y de personas del entorno familiar, social y escolar.

En tal sentido, debe proveerse un ambiente de confianza para que sienta comodidad y seguridad ya que muchas veces la angustia es tanta, que puede crearle miedo a “enloquecer” o a salirse de la realidad.

Es importante reconocer tempranamente estas manifestaciones, que en determinado momento pueden convertirse en la primera señal de alerta. Indican que algo extraño está sucediendo y que se deben evitar sus consecuencias. Los siguientes son criterios de alerta temprana y se deben tener en cuenta en conjunto con los otros aspectos de la vida y de la personalidad. También son significativos si están acompañados de incapacidad para el funcionamiento cotidiano, se presentan durante la mayor parte del tiempo o interfieren con el proceso de inserción social de los /las adolescentes.

Manifestaciones sintomáticas que constituyen alerta temprana:

1. **Despersonalización:** no poder reconocerse a sí mismo/a.
2. **Desrealización:** no poder reconocer adecuadamente la realidad que vive.
3. **Amnesia disociativa:** separar el recuerdo del trauma de otros recuerdos como si no se hubiera vivido.
4. **Pseudo alucinaciones:** sentidas por los /las adolescentes sintomáticos como el estar dividido en dos: uno, quien sufrió el evento traumático y dos, quien no lo sufrió.



5. Falta de sensibilidad al medio en el que vive.
6. Sentimientos intensos de horror o miedo, o emociones profundas de angustia o tristeza incapacitante.
7. Ideación, gesto o intencionalidad suicida.

EN ESTOS CASOS ES IMPORTANTE:

Acudir al psiquiatra, debido a que estos síntomas pueden requerir tratamiento médico integral con fármacos y psicoterapia.

REFLEXIONE a propósito de...

¿Existen algunas señales que orienten el actuar del profesional?

Señales de alerta

Conductuales:

1. Alteraciones del sueño. (Dormir poco o mucho, tener pesadillas, o terrores nocturnos)
2. Conductas inapropiadas para la edad del adolescente (fuera de contexto).
3. Trastornos de la conducta alimentaria. (Dejar de comer o vomitar, o comer en exceso)

4. Llanto
5. Movimientos anormales e inusuales
6. Síntomas dolorosos sin una causa aparente
7. Aparición de conductas repetitivas inusuales que producen alivio
8. Búsqueda de situaciones riesgosas
9. Alteraciones en las relaciones interpersonales.
10. Consumo de sustancias psicoactivas.
11. Quejas corporales sin causa aparente.

Afectivos:

1. Tristeza.
2. Tendencia a estar solo (aislarse de amigos y familia)
3. Mal genio y actitud desafiante
4. Pérdida del interés en las actividades diarias
5. Desilusión, desesperanza.
6. Dificultad para expresar emociones (alegría, tristeza, rabia, angustia)
7. Sentirse incapaz de resolver problemas
8. Temores sin causa aparente

Cognitivos:

1. Indiferencia ante el hecho traumático ocurrido.
2. Falta de atención o de la concentración.
3. Alteraciones en la memoria.
4. Pérdida de la motivación y la iniciativa.
5. Dificultad en la toma de decisiones de la vida cotidiana.

Estos síntomas pueden presentarse solos o en conjunto, por esto es importante conocerlos y observarlos, porque siempre constituyen una señal que indica que algo le está sucediendo al /la adolescente. Se ha encontrado que a menor edad, mayor es el riesgo de presentar síntomas.

ATENCIÓN:

Por esto es importante detectar a tiempo los síntomas que el /la adolescente presente o esté en riesgo de presentar, con el fin de lograr una oportuna intervención por parte de todo el equipo, con la orientación y si es necesario el tratamiento por psiquiatría, para así ayudar al/la adolescente de una forma más segura y efectiva

Desde el punto de vista social, es importante conocer, cómo la persona que vivencia una experiencia traumática se siente frente a los otros y cómo lograr que se reintegre

nuevamente a la sociedad; para esto se presentan a continuación las estrategias que permitan un mejor acercamiento del equipo de trabajo.

REFLEXIONE a propósito de...

¿Qué se puede hacer frente al trauma? ¿Existen comportamientos evidentes e identificables en las personas que sufren situaciones traumáticas? ¿Es posible a través de procesos de resignificación lograr revertir las situaciones traumáticas y convertirlas en herramientas positivas de reinención de los proyectos de vida de los afectados?

Estrategias sociales que permiten un mayor acercamiento a las personas afectadas por trauma

¿Qué se espera encontrar socialmente en una persona que ha vivido una experiencia traumática?

Se puede encontrar expresiones de enfado con la sociedad como reacción normal y saludable ante la aparición de un hecho que fue repentino y que ocasionó una alteración total de su vida. ¿Qué otra reacción se esperaría sino la de un enfado profundo como forma de expresar el malestar que se siente por algo que alteró totalmente la vida?

Se puede además encontrar como consecuencia, a una persona que se aísla socialmente y que desconfía de las otras personas.

Otra de las características que se observa es que el equipo de trabajo puede tener la intención de ayudar a reconstruir vidas, pero eso no garantiza que la persona logre integrarse a la sociedad.

¿Qué hacer frente a las personas que han sufrido un trauma?

Los siguientes, son puntos claves a tener en cuenta por el equipo de trabajo, para lograr una mejor adaptación de una persona que ha vivido una experiencia traumática y que está en proceso de rehacer su vida e integrarse nuevamente a la sociedad:

1. Promover que las personas expresen sus emociones acerca de los recuerdos traumáticos
2. Promover la socialización ayuda a evitar los sentimientos de soledad, aislamiento e impotencia.

Si se piensa que sólo le pasa a uno, ¿para qué contarlo?... Si se cuenta se entenderá que no se está solo, se tenderá a ver el futuro con mayor esperanza y menor resignación y fatalismo.

La vida vuelve a recuperarse como algo que vale la pena vivir. De esto se trata

cuando se habla de normalizar la vida después del trauma.

3. Estimular que la persona logre apropiarse de su pasado, narrando la experiencia e imaginando un futuro con esperanza.

“El pasado debe pasar de ser una atadura a convertirse en un empujón hacia el futuro”

4. Estimular los recuerdos y la identidad social de los grupos afectados, puesto que esto permite una nueva apropiación del pasado.

Después de vivir una experiencia traumática nada ni nadie vuelve a ser como antes. La memoria entonces representa un puente entre la nostalgia del pasado y la reconstrucción del futuro pues “mirando hacia atrás se puede mirar para adelante”

5. Se debe tener en cuenta que no hay prisa por reconstruir la vida, porque los procesos humanos se desarrollan a su propio ritmo sin un tiempo determinado.

“Un mensaje equivocado es pedir que se olvide rápidamente lo sucedido para dedicarse a enfrentar el futuro.

Esto hace que los sobrevivientes puedan sentir vergüenza de expresar su dolor, interrumpe el proceso de duelo por el que se atraviesa e invalida socialmente el sufrimiento”

6. Proporcionar un apoyo psicosocial básico para reintegrar a la vida de la persona las experiencias traumáticas que vivió y lograr reconocer las reacciones como normales.
7. Identificar los símbolos que se hayan utilizado como salvavidas en la recuperación de las emociones para ayudar a reintegrar la experiencia traumática a la vida.

“Normalizar es la clave para entender que el trauma no es una enfermedad”

“Es decir, aprender a vivir con esta experiencia traumática para poder rehacer la vida y normalizar sus reacciones”.



8. Estimular la reconstrucción de la experiencia para así ayudar a reconstruir lo destruido.

“Es decir, poner nombre a las vivencias, dando un sentido a la historia narrada, una explicación de lo representado por sus recuerdos”. “Expresar y reconstruir la experiencia ayuda a formar las memorias de lo sucedido”

9. Es importante saber que aparentar normalidad no oculta la fragilidad emocional que produce haberlo perdido todo y a todos.

“Esto obliga a comenzar la reconstrucción desde las necesidades básicas como educación, alimentación, vivienda, trabajo...”

10. Hay que lograr identificar las experiencias de apoyo mutuo de las personas que vivieron el hecho traumático.

“Los esfuerzos de ayuda en comunidad sirven tanto para huir del peligro, como para reconstruir de nuevo la comunidad”

En caso de encontrar otras características que indican que el proceso se está resolviendo, o pensar que alguna de las descritas no es compartida por el equipo, es muy importante tomar nota de ello y registrar con su equipo estas diferencias como insumo para la reflexión.

Fase de Resolución

Se completa la fase del proceso del trauma y los cambios en esta fase consisten:

- Se puede volver a vivir y relacionarse con la comunidad afectada de una forma normal y sana.
- Se puede tener relaciones entre lo ocurrido y resto del tiempo pasado.
- Se vuelve con entusiasmo y energía de la vida presente que con la normalidad.
- Se puede volver con el futuro con nuevos afectos al pasado.

Se puede seguir viviendo aun con las heridas

CAPÍTULO III



DUELO

Responda verdadero (v) o falso (f) a las siguientes preguntas, luego discuta sus respuestas con sus compañeros de equipo:

- Todos los duelos son iguales ()
- Existen tareas específicas para elaborar los duelos ()
- Los duelos problemáticos son diferentes a los duelos traumáticos ()
- Los duelos traumáticos no conllevan pérdida de significados ()
- Los NNA tienen las mismas reacciones que un adulto ()

El duelo es una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante el acontecimiento doloroso de la pérdida, ya sea de un ser querido o de cualquier amenaza de pérdida de algo considerado como propio.

El duelo se presenta siempre que existen pérdidas. En situaciones de catástrofe, violencia, guerra o desestructuración grave del medio. Como consecuencia de un acontecimiento traumático, se dificulta el proceso de duelo porque la situación no es propicia para ello y debe relegarse a cambio de tareas más urgentes como la supervivencia. Se debe evitar la estigmatización de los NNA que se han desvinculado y más aún de quienes están sintomáticos, ya sea que estén o no enfermos, son individuos vulnerados en sus derechos que requieren cuidados y acompañamiento especiales.

La labor de superación de los duelos es más efectiva cuando se facilita la expresión emocional y se garantiza que el individuo participe activamente en el proceso, reconociendo que es protagonista en la tarea de enfrentar el dolor, esto es más adecuado que ubicar a la persona en condición de pasividad o rotularla como enferma y simple receptora de un tratamiento.

El duelo se refiere al trabajo que debe ser realizado frente a una o muchas pérdidas. Tal modelo no sólo describe mejor la experiencia de los supervivientes de estas situaciones, sino que permite a la vez dar cuenta de sus dificultades para afrontarlas, en la medida que los mecanismos individuales, interpersonales y comunitarios que intervienen en los procesos normales de duelo puedan estar destruidos o alterados por la misma situación traumática.

El duelo, concebido como un trabajo de elaboración, permite situar y entender la función de distintos elementos, ya sean recursos psicológicos, entorno interpersonal, contexto cultural y social, a lo largo de un proceso en que se pueden planificar intervenciones y asignar tareas.

Este proceso implica que se realicen una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación.

No se trata de un cuadro o de una enfermedad en donde la persona sufre pasivamente.

La reacción del duelo

Existen varias fases para reaccionar frente al duelo:

1. **Fase de Shock:** es la etapa donde el desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación durante la cual, lo más importante consiste en aceptar la realidad de lo que está ocurriendo.
2. **Fase de Protesta:** el sujeto realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con lo perdido o lo fallecido.
3. **Fase de desesperanza:** es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión, hasta que el superviviente se consigue adaptar a la realidad.
4. **Fase de Reorganización:** tiene como tarea el re-establecimiento de nuevas relaciones o de nuevas motivaciones.

Sin embargo, bajo un enfoque que defina el duelo como un proceso de realización de tareas particulares, se nos hace más útil acudir al siguiente esquema, planteado por J.W. Worden y reproducido por A. Fernández Liria y colaboradores en sus amplios trabajos en intervención sobre duelo en población víctima de la violencia a nivel individual y familiar. Las tareas básicas por hacer, los objetivos de la intervención y las estrategias para que estos se cumplan se describen a continuación:

- **Tarea 1. Aceptar la pérdida:** hacer posible esta tarea puede tomar mucho tiempo. Puede ir desde la sensación de irrealidad o simple negación de las evidencias a la producción de alucinaciones del objeto que se ha perdido. Para facilitar esta tarea, el equipo debe proveer un entorno seguro para considerar la pérdida, debe favorecerse una cierta normalidad con la cual contrastarla, se puede intentar algo semejante a un rito en el que se pueda dar existencia social a la relación con lo perdido, por ejemplo mediante una carta. Supone, sobre todo, poder nombrar la pérdida, poder hablar de ella.
- **Tarea 2: Experimentar las emociones vinculadas a la pérdida:** la pérdida de un objeto conlleva a la expresión de fuertes emociones como tristeza, rabia, culpa, despecho, alivio, miedo, envidia o resentimiento. Su expresión se facilita en ciertos momentos como los velorios o funerales. El equipo puede ayudar en la elaboración del duelo ayudando a poner nombre a las emociones de quien las sufre y a distinguir entre estas, sus impulsos y sus actuaciones, escuchando y aceptando su dolor.
- **Tarea 3: Aprender a desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido.** con la violencia, las redes sociales y familiares de los NNA se afectan, se fragmentan o se pierden, el equipo puede colaborar en facilitar que desarrollen nuevos roles, creen nuevas redes o rehagan las que puedan retomar.
- **Tarea 4: Recolección de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otras personas o situaciones.** implica la delimitación del campo sobre el

que se va a elaborar el duelo. No se trata de reemplazar ese afecto sino construir un mundo con significado y sentido con aceptación de la pérdida, habitado por personas dignas de ser amadas. Este largo proceso requiere con frecuencia que el equipo promueva hacer distinciones del aquí y el ahora, con el allá y entonces, con las nuevas y las anteriores relaciones.

Objetivos de la intervención en duelo

1. Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
2. Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
3. Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de aquello perdido.
4. Facilitar una despedida y la posibilidad de vuelta a encontrar sentido y posibilidad de satisfacción en la vida.

Estrategias de intervención

1. Facilitar la expresión de los sentimientos y explorar sin emitir juicios:

Existen emociones frecuentes que el equipo puede aprender a reconocer para facilitar que sean verbalizadas, sin juzgar a quien las expresa en una actitud de escucha y comprensión.

Emociones frecuentes

- Miedo a la repetición del acontecimiento.
- Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho.
- Rabia hacia lo perdido.
- Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías.
- Culpa por ser sobreviviente.
- Miedo a la identificación con la víctima.
- Tristeza en relación con las pérdidas.

2. Tranquilizar:

Los NNA desvinculados pueden experimentar miedo a muchas situaciones, deben animarse a explorarlas e intentar construir nuevos significados.

3. Reconstruir la relación:

La labor de construcción de nuevas narrativas diferentes a las que estamos refiriéndonos, se ve facilitada por la reconsideración de la historia de la relación con lo perdido.

Por ello es de utilidad animar al/la adolescente a que nos narre su relación con ello y facilitarle que lo haga con hincapié en los afectos (positivos y negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados.

4. Esclarecer:

Se trata de ayudar a la persona a desarrollar un nuevo modo de ver los hechos para lo que deben explorarse respuestas tanto afectivas como racionales.

5. Explorar los cambios de comportamiento:

La exploración de los cambios experimentados tras la pérdida puede señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemático.

Cuando se detecten francos bloqueos o cambios dramáticos de comportamiento es aconsejable una evaluación por el especialista.

Duelo y familia

La violencia afecta tanto a las familias, como a los individuos, sometiéndolos a múltiples pérdidas de seres queridos, hogar, creencias y significados. Para superar la situación, unos y otros necesitan estar en paz con su pasado, no en la lucha por recaptarlo, escapar de él u olvidarlo. La adaptación no significa resolución, más bien estas son formas de poner la muerte en perspectiva y continuar con la vida.

Tareas familiares de adaptación

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y experiencia compartida de la pérdida:

Los ritos ayudan en esa confrontación. La comunicación familiar es vital en ese proceso. Es importante un clima de confianza, empatía y tolerancia hacia las distintas respuestas. El proceso de duelo implica intentos compartidos para colocar la pérdida en una perspectiva significativa que encaje coherentemente con el resto de la experiencia familiar y con el sistema de creencias. Surgen sentimientos de gran intensidad y es preciso afrontar sentimientos negativos, que con frecuencia nos callamos.

El bloqueo de la comunicación en la familia puede contribuir a que el duelo sea un duelo traumático.



2. Reorganización del sistema familiar y reinversión de otras relaciones y metas vitales:

Las experiencias traumáticas trastornan el equilibrio de la familia y los patrones de interacción establecidos. El proceso de recuperación implica un realineamiento de relaciones y redistribuciones de las funciones del rol necesarias para compensar la pérdida y continuar con la vida familiar. Promover la cohesión y la flexibilidad en el sistema familiar es crucial para la reestabilización e inserción social de NNA. La experiencia de desorganización inmediatamente después de la pérdida, puede llevar a las familias a hacer movimientos precipitados hacia nuevos hogares.

Sospecha de duelo problemático

Existe la posibilidad de que múltiples pérdidas, así sean conocidas por la persona, pasen desapercibidas; esto se puede convertir

en una señal de que existen dificultades para la elaboración de los duelos. La presencia de violencia, la percepción del riesgo, los cambios en su contexto y en su estilo de vida y las circunstancias de la vinculación y desvinculación del grupo organizado ilegal, frenan el proceso de duelo porque imposibilita los trabajos de duelo a realizar.

Los NNA, pueden manifestar aburrimiento, dificultades en su entorno, ideas de muerte, desesperanza, ansiedad, o aislamiento; en estos casos se debe determinar si es un proceso transitorio de adaptación a una nueva vida o si existen dificultades en el proceso de duelo. El siguiente cuadro muestra algunas preguntas útiles para explorar el proceso de duelo:

Criterios de sospecha de duelo problemático	
1. ¿Existe un tiempo prolongado de duelo?	2. ¿Existe un nivel de dolor intenso y persistente?
3. ¿Existe un nivel de desesperanza o ideas de muerte?	4. ¿Existe un nivel de aislamiento social?
5. ¿Existe un nivel de aburrimiento o desinterés por las actividades cotidianas?	6. ¿Existe un nivel de dificultad para aceptar la pérdida?
7. ¿Existe un nivel de dificultad para encontrar sentido a la vida?	8. ¿Existe un nivel de dificultad para encontrar apoyo social?
9. ¿Existe un nivel de dificultad para encontrar metas vitales?	10. ¿Existe un nivel de dificultad para encontrar un nuevo hogar?

Duelo traumático

Es frecuente que las pérdidas a las que son sometidos estos NNA son de tipo traumático, es decir, que pierden un ser querido, su hogar, etc., presenciando situaciones de violencia que generalmente superan los límites que las personas soportan.

El duelo traumático es más difícil de superar porque conlleva la destrucción de los supuestos básicos en la vida del ser humano, las creencias que orientan y dan seguridad a las personas, le dan sentido de realidad, significado y propósito en la vida, Las personas piensan que van a vivir en su hogar, a crecer con sus familiares, que el mundo es un lugar justo y seguro, con la violencia, estos supuestos se destruyen. La pérdida de las realidades destruye los significados y deteriora el sentido de identidad.

Los tres supuestos básicos alterados ante la vivencia traumática, corresponden a los siguientes aspectos:

- Visión de sí mismo.
- Visión del mundo.
- Visión sobre el futuro.

El duelo traumático se asocia con la pérdida del significado de la vida como segura y comprensible, se pierde la comprensión de las relaciones, los roles, los sueños y las esperanzas, por lo tanto no se pueden negociar las necesidades, cumplir o tener metas.

Después de un duelo traumático las tareas se deben encaminar a la recuperación del sentido de la vida; estas tareas son principalmente:

1. En el aspecto cognoscitivo se debe formar una historia de lo que pasó, y superar los esquemas de atribuir las situaciones en el sentido de que “cosas malas le pasan a la gente buena”.
2. Trascender el sentido de culpa y el de vergüenza por lo que pasó, para sentirse responsable de la recuperación. La culpa es retrospectiva y hace referencia a una norma violada, mientras la responsabilidad invita a una toma de control sobre las acciones reparatorias.
3. Aceptar un estado de negación que protege a la persona mientras lo necesite, la persona habla de las situaciones cuando esté segura y se sienta tranquila.
4. Establecer contacto con las demás personas, superando el estado de aislamiento

En los NNA desvinculados, los supuestos de seguridad, predictibilidad y protección, son los más afectados. La vida se vive con sensación de irrealidad, como si fuera una pesadilla, pierden la confianza, se sienten abandonados. Y se les dificulta crear nuevas relaciones. Las emociones más frecuentes son:

1. Terror
2. Desconfianza
3. Aislamiento

4. Rabia
5. Culpa
6. Odio a sí mismo o a los demás

Para facilitar el proceso de restablecimiento de derechos e inserción social a los niños, las niñas y adolescentes, se debe proveer un ambiente de ayuda a NNA, proveer un ambiente de protección, apoyo, y seguridad, para que puedan expresar sus situaciones y construir nuevas narrativas.



CAPÍTULO IV

RESILIENCIA

Responda verdadero o falso a las siguientes preguntas y luego discuta sus respuestas con sus compañeros de equipo

- ¿La resiliencia es la capacidad de restarle importancia a los sucesos traumáticos y a las pérdidas? ()
- ¿La resiliencia es la capacidad de crecer en la adversidad? ()
- ¿Se puede construir la resiliencia? ()
- ¿Todas las personas muestran alguna forma de resiliencia? ()

La resiliencia

Es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Es la resistencia frente a la adversidad y en cierto modo que estas experiencias favorezcan un mayor disfrute de vida.

En la actualidad se sabe que la violencia y los duelos no siempre producen desajustes o enfermedades. El sufrimiento o la desolación no son la única reacción ante una pérdida; un ser humano puede dar un significado positivo ante la experiencia violenta.

Las relaciones con personas importantes, la confianza, y la construcción de nuevas narrativas permiten desarrollar resiliencia. Las personas que muestran actitudes resilientes, en

mayor o menor grado, muestran las siguientes características al enfrentar situaciones difíciles:

- Esperanzas.
- Conservan la capacidad de soñar.
- Son optimistas.
- Piden y reciben ayuda.
- Crean vínculos y relaciones.

RESILIENCIA es la capacidad de recuperación en la adversidad con fortalecimiento y crecimiento, con adaptación, aprendizaje y cambio

Las personas que apoyan el proceso de inserción social pueden fomentar la resiliencia al establecer relaciones de respeto, confianza, afecto y solidaridad, esto tendrá efectos psicoterapéuticos con los NNA. Establecer una relación de confianza favorece la construcción de nuevas narrativas para elaborar los duelos, resignificar los traumas, reconocer las fortalezas, poner en evidencia cómo se muestra la resiliencia y cómo fomentarla en el caso concreto.

La vulnerabilidad, es dimensional; cada factor de riesgo impacta en diferente grado a cada individuo. Es decir, se supone que el riesgo viene determinado por los factores de trauma o duelo, la protección al trauma es biológica, psicológica y social.

Sin embargo, los factores de resiliencia no se sitúan en la misma dimensión que los de vulnerabilidad sino que constituyen factores diferentes de un dominio distinto. Los factores de resiliencia no son una mera ausencia de los factores de vulnerabilidad ni viceversa.



La resiliencia abarca mucho más que el sobrevivir, el pasar por, o el escapar de eventos desfavorables.

Los sobrevivientes no son necesariamente resilientes; algunos quedan atrapados en la posición de víctimas, alimentando sus heridas y bloqueados de cualquier tipo de crecimiento por la ira y la culpabilidad.

Individuos resilientes tuvieron en su infancia o adolescencia por lo menos un adulto significativo que creía en ellos, que los defendía y con quien se podían identificar para darles fortaleza en la adversidad.

**LAS PERSONAS
RESILIENTES TIENEN
POR LO MENOS UNA
PERSONA QUE CREE
EN ELLAS Y LAS APOYA**

La resiliencia nos da

1. Mejor temperamento y mayor inteligencia
2. Creencia en que podemos controlar los eventos y la vida
3. Compromiso con las actividades
4. Anticipación de cambio
5. Coherencia
6. Optimismo activo
7. Confianza
8. Ayuda a sanar de heridas dolorosas.
9. Posibilidad de vivir plenamente incluyendo el amor.

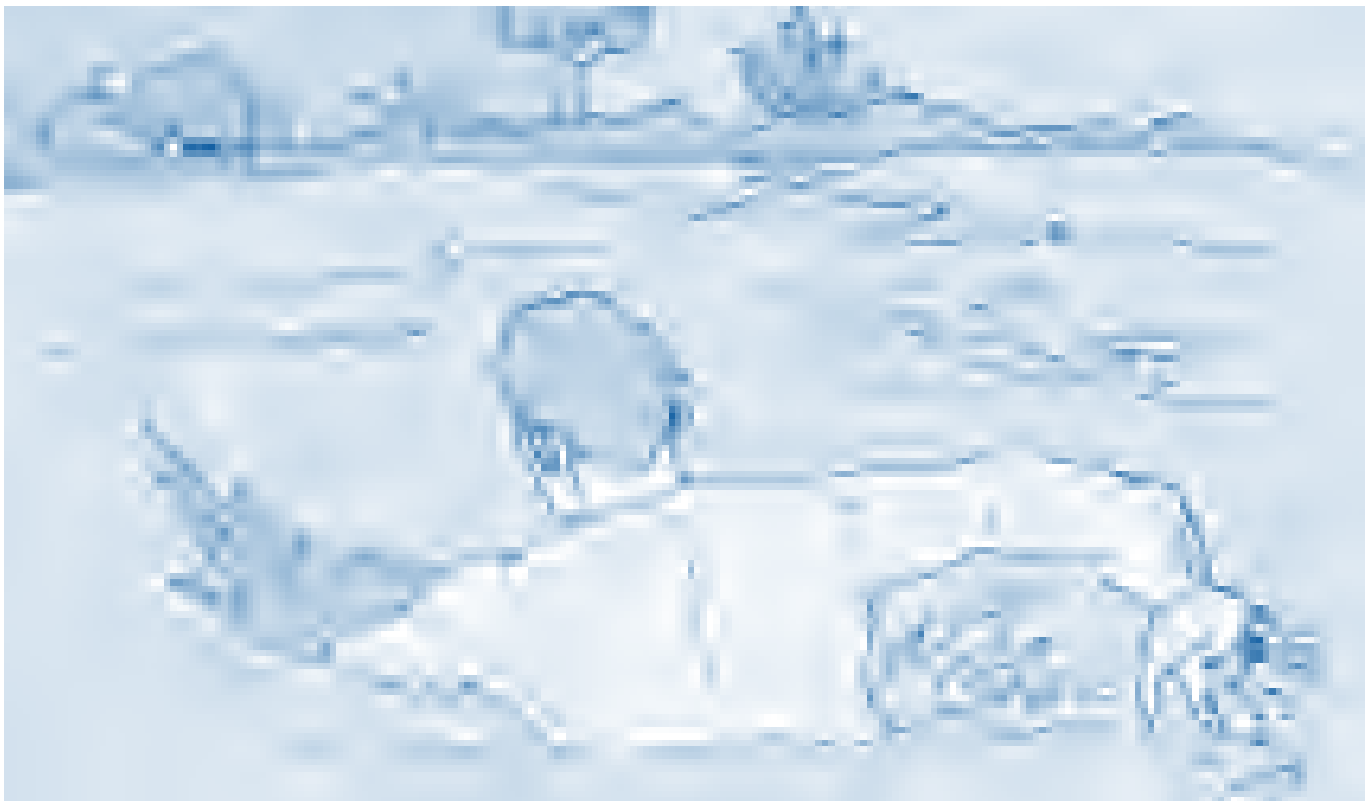
Conviene promover resiliencia para

1. Disminuir factores de riesgo
2. Reducir las cadenas de re-acción
3. Fortalecer los procesos familiares
4. Solucionar problemas y desarrollarse
5. Agenciar y ver el futuro como una oportunidad de transformación
6. Tomar el control, empoderarse y comprometerse con la vida
7. Promover el bienestar social, psíquico, físico y espiritual

La resiliencia no nos da invulnerabilidad o autosuficiencia, tener un temperamento llevadero o alto grado de inteligencia no es suficiente, sin embargo los eventos traumáticos no nos maldicen para siempre y una alta autoestima ayuda a una recuperación exitosa. Las personas que previamente se

sienten más felices, optimistas o con mayor bienestar psicológico, tienden a evaluar los hechos adversos de un modo más benévolo, derivando incluso consecuencias positivas de las experiencias negativas vividas, contemplan el futuro de manera más positiva, sienten una mayor capacidad de control personal sobre sus logros ya que para poder enfrentarse de manera efectiva ante un hecho violento, es muy importante que los individuos creen en sus propias posibilidades o tengan una alta sensación de dominio sobre su vida. La percepción de “haber perdido el control” tiene efectos devastadores sobre la salud mental.

Además las personas optimistas sienten confianza en sus propias habilidades y recursos para superar la dificultad, realizan comparaciones sociales de un modo adaptativo y muestran una menor inclinación a dar vueltas o rumiar de manera excesiva



sobre ellos mismos y sobre el impacto de sus circunstancias negativas actuales.

Por otro lado la respuesta ante una situación potencialmente traumática, supone la puesta en marcha de mecanismos inmediatos, pero también otros de alcance más diferido, que las personas ponen en funcionamiento para restablecer su bienestar emocional.

Fuentes de resiliencia

Tengo, soy/estoy, puedo.

Tengo:

- Personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo/a.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo/a o en peligro o cuando necesito aprender.

Soy:

- Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

- Respetuoso de mí mismo/a y del prójimo.

Estoy:

- Dispuesto/a a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro/a de que todo saldrá bien.

Puedo:

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme si tengo deseos de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

CAPÍTULO V

MEDIDAS INICIALES DE APOYO

Favor conteste si considera que las siguientes afirmaciones son verdaderas (V) o falsas (F):

1. Al preguntarle al NNA acerca de síntomas como oír voces, ganas de suicidarse o de matar, estas ideas se aumentarán y será aún más problemática la situación. ()
2. Advertirle que la situación problemática por la que está pasando es muy frecuente y no debe darle tanta importancia es beneficioso. ()
3. No es posible saber quién va a presentar un cuadro de psicosis o de suicidio. ()
4. Las ideas o intentos suicidas en los NNA son en la mayoría de casos, actos con fines de manipulación o “para llamar la atención”. ()
5. Frente a los NNA que rechazan la ayuda lo mejor es dejarlos solos y esperar a que la soliciten. ()

Generalidades

Los NNA, sometidos a experiencias abruptas de violencia, pueden no saber cómo encajarlas dentro de las demás experiencias de su vida cotidiana presente y pasada o pueden revivir otras experiencias infantiles o tempranas que hayan revestido violencia semejante.

En ambos casos, se presenta en la vida experiencial de los NNA una fractura en la historia vital que los marca psicológicamente a todos, condición a la que vamos a llamar experiencia disruptiva.

Ya se ha dicho con anterioridad que la magnitud del impacto de estas experiencias abruptas, que se salen del control y la capacidad de predicción del individuo, lo predispone a la aparición de trauma psicológico. En esta condición de vulnerabilidad, pueden aparecer algunos casos con cuadros psicológicos que requieran de un acompañamiento más específico e individualizado, además del abordaje psicosocial que se presta a todos los NNA ingresados al proceso de desvinculación e inserción social. Esto se hace necesario para prevenir el deterioro a largo plazo, evitar la formación de nuevos traumas psíquicos y preservar la integridad del individuo y su entorno.

Estas reacciones conforman una amplia gama de síntomas que ya fueron presentados al hablar de las manifestaciones del trauma y sus expresiones físicas, psicológicas y sociales, pero también pueden configurarse como trastornos o cuadros de enfermedad mental que requieren detección temprana, manejo oportuno y que en su mayoría van a implicar una remisión para tratamiento especializado por psiquiatría.

A grandes rasgos estos cuadros pueden clasificarse según cuadro explicativo página siguiente.

También se pueden presentar problemas de aprendizaje, de atención y en la memoria que afecten la vida cotidiana.

En términos generales, frente a alguna situación problemática que muestre la aparición de trastornos mentales específicos en los NNA desvinculados, es necesario establecer aquello que conviene hacer en la comunicación y las acciones subsiguientes.

Cuadros psicodérmicos

- 1. **Alucinaciones del cuerpo:**
- 2. **Alucinaciones de los sentidos:**
- 3. **Alucinaciones psicodérmicas:**

Cuadros disociativos

- 1. **Amnesia:**
- 2. **Amnesia selectiva:**
- 3. **Amnesia de identidad:**
- 4. **Amnesia de la personalidad:**
- 5. **Amnesia de la conciencia:**
- 6. **Amnesia de la percepción:**
- 7. **Amnesia de la memoria:**
- 8. **Amnesia de la voluntad:**
- 9. **Amnesia de la afectividad:**
- 10. **Amnesia de la moral:**
- 11. **Amnesia de la religión:**
- 12. **Amnesia de la cultura:**
- 13. **Amnesia de la familia:**
- 14. **Amnesia de la patria:**
- 15. **Amnesia de la humanidad:**

Cuadros afectivos

- 1. **Depresión:**
- 2. **Manía:**
- 3. **Depresión maníaca:**
- 4. **Depresión melancólica:**
- 5. **Depresión catáptica:**
- 6. **Depresión psicótica:**
- 7. **Depresión psicótica con alucinaciones:**
- 8. **Depresión psicótica con delirios:**
- 9. **Depresión psicótica con ideas delirantes:**
- 10. **Depresión psicótica con ideas de suicidio:**
- 11. **Depresión psicótica con ideas de muerte:**
- 12. **Depresión psicótica con ideas de culpa:**
- 13. **Depresión psicótica con ideas de castigo:**
- 14. **Depresión psicótica con ideas de expiación:**
- 15. **Depresión psicótica con ideas de expiación por el pecado:**
- 16. **Depresión psicótica con ideas de expiación por el pecado de la carne:**
- 17. **Depresión psicótica con ideas de expiación por el pecado de la conciencia:**
- 18. **Depresión psicótica con ideas de expiación por el pecado de la familia:**
- 19. **Depresión psicótica con ideas de expiación por el pecado de la patria:**
- 20. **Depresión psicótica con ideas de expiación por el pecado de la humanidad:**

Cuadros psicóticos

- 1. **Delirio:**
- 2. **Delirio de persecución:**
- 3. **Delirio de celos:**
- 4. **Delirio de grandeza:**
- 5. **Delirio de inferioridad:**
- 6. **Delirio de envidia:**
- 7. **Delirio de amor:**
- 8. **Delirio de odio:**
- 9. **Delirio de venganza:**
- 10. **Delirio de castigo:**
- 11. **Delirio de expiación:**
- 12. **Delirio de expiación por el pecado:**
- 13. **Delirio de expiación por el pecado de la carne:**
- 14. **Delirio de expiación por el pecado de la conciencia:**
- 15. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 16. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 17. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 18. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 19. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 20. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 21. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 22. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 23. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 24. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 25. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 26. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 27. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 28. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 29. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 30. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 31. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 32. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 33. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 34. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 35. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 36. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 37. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 38. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 39. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 40. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 41. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 42. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 43. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 44. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 45. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 46. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 47. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 48. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 49. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 50. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 51. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 52. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 53. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 54. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 55. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 56. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 57. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 58. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 59. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 60. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 61. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 62. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 63. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 64. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 65. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 66. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 67. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 68. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 69. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 70. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 71. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 72. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 73. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 74. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 75. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 76. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 77. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 78. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 79. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 80. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 81. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 82. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 83. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 84. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 85. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 86. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 87. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 88. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 89. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 90. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 91. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 92. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 93. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 94. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 95. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**
- 96. **Delirio de expiación por el pecado de la patria:**
- 97. **Delirio de expiación por el pecado de la humanidad:**
- 98. **Delirio de expiación por el pecado de la religión:**
- 99. **Delirio de expiación por el pecado de la cultura:**
- 100. **Delirio de expiación por el pecado de la familia:**

¿Cómo actuar en una situación problemática de este tipo?

Lo que se debe hacer:

1. Antes de cualquier intervención, tener pleno conocimiento de nosotros mismos, los preconceptos que tenemos, nuestras propias creencias y valores con respecto a la situación de estos NNA.
2. Durante el relato del individuo, además de tener en mente su problema y su malestar; se debe buscar y reconocer siempre en el sujeto y su narrativa: la capacidad de sentir, de amar, de jugar, de tener fe en el futuro y de trabajar o estudiar. Reconocer las fortalezas, brinda un manejo óptimo y objetivo de los aspectos que han hecho que la persona resista.
3. Al sentarse a conversar con la persona, debe exponer su deseo de escucha y ayuda, debe evitar auto denominaciones de experticia o superioridad.
4. Siempre intentar definir cuál es el problema y quiénes están incluidos en el mismo, así como las posibles soluciones.
5. Si se tiene la sospecha de algún síntoma en especial, no temer preguntarlo directamente como: ¿Sientes que te habla la voz de alguien que no puedes ver?, ¿Sientes por momentos que eres otra persona?
6. Identificar en qué contexto se dan las situaciones problemáticas para realizar

un abordaje práctico (salón de clase, habitaciones, etc.)

7. Identificar quiénes son las personas que representan, para cada NNA, las figuras de confianza y protección. Apoyarse en ellas.
8. Permitir la expresión emocional, ayudando poco a poco a priorizar los problemas.
9. Promover actitudes de socialización, actividades de explotación de habilidades y enriquecimiento espiritual.
10. Siempre, al finalizar la charla clarificar, resumir para verificar los acuerdos y generar planes para abordar los problemas, poner tareas, generar confianza para ser buscado en caso de que se sienta mal. Si observa algún aspecto que ponga en peligro la vida del NNA notificar a su jefe inmediato y considerar conjuntamente la pertinencia y urgencia de remitir el caso para evaluación por psiquiatría.
11. Hacer seguimiento de la persona durante el mayor tiempo posible.

Lo que no se debe hacer:

1. Evitar soluciones simplistas o descalificar lo que el /la adolescente está comunicando. Evitar decir cosas como “ todos han pasado por esto, el tiempo lo curará”.
2. Evitar actitudes magnánimas y salvadoras, no “echarse a sus hombros el problema”. Recuerde que la idea es que la persona logre el mayor control sobre la situación.

3. No hacer comparaciones consigo mismo o con otros compañeros.
4. Evitar descalificar a otras personas en frente de los /las adolescentes.
5. Evitar dar consejos basados en su experiencia propia: “ a mí me ha pasado esto y lo que hice fue...”
6. Evitar responsabilizar a otros de la situación de él o ella: “ voy a hablar con ese compañero tuyo a ver qué te hizo”.
7. No dar consejos; por el contrario construir soluciones en conjunto.

Como se ha mencionado en este y en el capítulo precedente acerca del trauma, existen unas manifestaciones predominantes que indican la posibilidad de un cuadro o trastorno mental que deben prender las alertas.

Requerir atención especializada por psiquiatría, no constituye en sí mismo que exista una enfermedad mental definida. Es recomendable una exploración a fondo para confirmar o descartar la presencia de una patología psiquiátrica. Vamos a contemplar tres cuadros cuyas condiciones revisten particular interés por su frecuencia en la experiencia que se tiene en la remisión de NNA al servicio de psiquiatría:

- Cuadros que indiquen psicosis.
- Cuadros que indiquen riesgo suicida y
- Cuadros que expresen un proceso de autoexclusión.

Algunos síndromes que se pueden presentar en la conducta de NNA desvinculados

Psicosis:

La psicosis hace parte del grupo de trastornos en el área del pensamiento. Los síntomas que se pueden encontrar en este tipo de cuadros incluyen:

1. Alteraciones en el pensamiento: contenidos erróneos, contradicciones entre las diferentes ideas, con poca concordancia con la realidad. Por momentos el discurso de la persona es incoherente e incomprensible.
2. Alteraciones en el campo de la sensopercepción: se observa por la presencia de alucinaciones que pueden ser de diferentes tipos siendo los más frecuentes las de carácter auditivo o visual.
3. Alteraciones en el campo motor: incluye conductas motoras de inquietud, agitación, agresividad e impulsividad.
4. Alteraciones del ánimo: en ellas podemos observar la presencia de confusión, ansiedad, temor o terror excesivo, desconfianza con el medio con la consecuente hostilidad, quietud extrema y conductas de evitación.
5. Alteraciones en el funcionamiento general (conocidos como síntomas negativos por tratarse de manifestaciones deficitarias): este tipo de cuadro se manifiesta con una sensación subjetiva permanente de malestar, apatía, falta de interés por las actividades de la vida diaria. La expresión del afecto se torna aplanada y poco espontánea.

ES IMPORTANTE tener presente que el manejo que se brinde en esta etapa inicial de instauración de cuadros psicóticos es determinante y crucial en cuanto al pronóstico y prevención oportuna de un mayor deterioro biológico, social y psicológico. Esta etapa es difícil de detectar y los criterios para sospecharla son más claros en algunas personas que en otras. Además se trata de síntomas a veces muy inespecíficos que pueden ser minimizados al momento de compararlos con conductas esperables para las etapas de la adolescencia.

La fase preliminar por lo general incluye cambios comportamentales sutiles, síntomas de ansiedad, aislamiento social, disminución del interés por lo académico y las actividades lúdico-recreativas, alteraciones en el cuidado personal, alteraciones en el patrón de relación interpersonal con incursiones inusuales de ira y agresividad.

Las ventajas de realizar una intervención en estas fases tempranas incluye

1. Disminuir el deterioro cognitivo y emocional a largo plazo.
2. Evitar que se desencadene un episodio psicótico propiamente dicho o eventos



fatales como suicidio o sobredosis de sustancias.

3. Alertar al equipo (reconocer e informar) del advenimiento de un episodio psicótico franco, sabiendo que en ese momento se requiere una valoración por psiquiatría y posiblemente se requiera medicación u hospitalización.
4. Reestablecer las funciones académicas y sociales, con recuperación de autoestima y autoconfianza.
5. Evitar la cronificación y la estigmatización, tanto como prevenir las reacciones depresivas frente a lo experimentado.
6. Acompañar al /la adolescente en el proceso doloroso del aislamiento social, la ansiedad, deterioro funcional y sufrimiento subjetivo.
7. Desarrollar competencias y habilidades por medio de la experiencia para no minimizar estos síntomas y no atribuirlos a entidades normales de la adolescencia.

Teniendo presente que en las psicosis ya instauradas lo primordial es la protección de la vida del NNA y de las personas que lo rodean, puede requerirse una remisión para valoración por psiquiatría. Esto implica una entrevista de exploración, para lo cual conviene tener en cuenta las siguientes sugerencias sobre el manejo de la comunicación y las formas de abordaje inicial por el equipo:

Qué hacer en caso de sospecha de psicosis:

1. Tener siempre presente que la percepción de realidad del muchacho puede estar alterada. El/la adolescente se encuentra nervioso/a, está sintiendo cosas que no había sentido antes.
2. Escuchar con cuidado, reconocer y validar sus puntos de vista.
3. Evitar la confrontación y evitar restar importancia a los sentimientos que comunica en el intento afanoso de apaciguarlo/la con consejos como “tranquilo que eso le pasa a todo el mundo”.
4. Realizar preguntas abiertas para permitir la expresión de experiencias pasadas y recientes con su propia versión.
5. Utilizar un lenguaje empático siempre “sintonizado” con el punto que produce más ansiedad como: “me imagino que eso que está sintiendo debe producir mucho miedo”, sin insinuar “yo sé lo que es eso”.
6. No olvidar evaluar el riesgo suicida explorando el grado de sufrimiento en relación con sus experiencias y cómo se está adaptando a estas; preguntarle si alguna vez ha considerado la vida como algo insoportable y explicarle la importancia de la comunicación con los acompañantes en caso de presentarse las ideas suicidas.
7. Al final de la entrevista generar conexiones entre todo su relato y los puntos que más le incomodan como: “no puedo dormir....

no me siento bien con mis compañeros... no puedo estudiar”; con el fin de ofrecerle una retroalimentación para solucionar estos aspectos indeseables para él o ella.

8. No dejar conversaciones abiertas sin redondear el tema.

Existen algunas conductas por parte del acompañante que se deben evitar para prevenir una mayor ruptura en la comunicación, o para evitar que el/la adolescente se torne más ansioso/a o agresivo/a:

Qué cosas evitar en la comunicación:

- Dirigirse a ellos de manera fuerte, agresiva o cortante, con expresiones faciales de enojo (dar la espalda, ignorarlo).
- Realizar interrupciones repetitivas a su narración.
- Realizar amenazas o gestos amenazantes o que indiquen un excesivo control.
- Evitar la confrontación, mostrar siempre una actitud de interés en ayudarlo.

Suicidio

El suicidio se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte en nuestro país y se presenta más frecuentemente entre ancianos y adolescentes. La incidencia de suicidio en Colombia oscila entre 5 a 16 por cada 100.000 habitantes.

Muchos autores han estudiado los casos de suicidio y han concluido que existen algunos patrones y características de los individuos que permiten de alguna manera prever el riesgo para el acto suicida.

En este aspecto se debe tener en cuenta que el 70% de las personas, comunican las ideas o intenciones de realizar un acto suicida, sin embargo esta comunicación tiene varias modalidades:

- De manera franca y directa
- Con generalizaciones verbales acerca de la muerte
- Con bromas o ambigüedades

La labor más importante es reconocer e identificar estos grupos de riesgo

Considere siempre las siguientes premisas:

1. En el campo del suicidio existen cuatro definiciones a saber, cada una de ellas tiene igual valor en cuanto es un intento de comunicación de un sufrimiento:

- Gesto suicida: implica el deseo de morir mas no la intención firme de matarse.
- Idea suicida: existen pensamientos de auto agredirse cuya finalidad es la muerte.

- Plan suicida: el individuo ha ideado métodos con los que pudiera matarse (comprar un arma o un veneno), puede acompañarse de comunicaciones suicidas (escribir una carta suicida de despedida) o conductas de riesgo (caminar al borde de un precipicio), etc.
- Intento suicida: acto suicida fallido pero que perseguía como finalidad el morir.

2. Las personas con riesgo suicida suelen hablar en términos de querer matar, querer morir o querer que lo maten.

3. Tienen igual riesgo las personas que actúan impulsivamente, sin meditar y planear el acto suicida, que aquellas que llevan largo tiempo elaborando un plan suicida.

4. El individuo que ha cometido previamente intentos suicidas tiene mayor riesgo de cometerlos nuevamente, el riesgo aumenta proporcionalmente con el grado de letalidad de los eventos pasados. Letalidad es el potencial de producir efectivamente la muerte por el método empleado.

5. Si el NNA consume sustancias, se anticipa que su impulsividad y riesgo son mucho mayores.

6. Son factores de riesgo demostrado: depresión, embarazo no deseado, abortos, enfermedad médica crónica o dolorosa, violación, marginación, desarraigo, pérdida de la red de apoyo social.

7. Estadísticamente es más probable que el suicidio se cometa en horas de la noche, en fines de semana, en momentos de reposo o “vacíos” o posterior a alguna disputa con allegados o superiores.

Teniendo los parámetros anteriores para sospechar un riesgo suicida, **¿QUÉ HACER?**

- Siempre tenga en cuenta que SÍ es posible lograr un cambio en las intenciones suicidas.
- Asuma una posición amable, flexible y sin juicios de valor.
- No tema hablar abiertamente y explorar la idea suicida. No es verdad que preguntar acerca de ellas precipitará los actos autolesivos.
- Investigue con otros actores del entorno, acerca de este tema y la posible disponibilidad de medios para cometer el acto suicida, así como su grado de letalidad.

Indague acerca de :

- Motivaciones
- Grado de estructuración del plan suicida
- Distorsión del juicio de realidad
- Grado de irreductibilidad de la idea suicida (acepta o no crítica respecto a la intención de morir).
- Asociación con consumo de sustancias
- Depresión
- Desesperanza frente al futuro

- Pensamiento negativo frente a sí mismo y a los demás.
- Impulsividad
- Antecedentes familiares o personales de suicidio.
- Poco respaldo social y afectivo: Calidad de la red.

Estos parámetros son indicadores de la severidad del cuadro, ayudan a establecer un pronóstico y la conveniencia de una evaluación por psiquiatría.

¿Qué no hacer?

- Considerar todo acto o gesto suicida un intento de manipulación o de “llamar la atención”
- Restar importancia a cualquier idea referente al tema del deseo de morir.
- Incursionar en discusiones filosóficas de la “belleza de la vida” y aún menos en valores religiosos.
- Racionalizar al conversar con NNA acerca de su autonomía y derecho para decidir sobre su propia vida y forma de morir. De esta manera justifica sus actos autolesivos.

Síndrome de autoexclusión

- **Sufro porque siento tristeza y dolor**
- **Es difícil soportar tanto sufrimiento.**

• **No tengo derecho a sufrir, me prohíbo sentir dolor para poder sobrevivir.**

• **No siento nada, no reacciono, no pido ayuda**

El síndrome de autoexclusión es un fenómeno que no debe considerarse en sí mismo una enfermedad. Importa conocer este concepto para comprender las conductas y formas de relación que establecen sujetos que han sufrido extremas condiciones de precariedad, exclusión y alteración en los referentes culturales, normas y valores. Desde la sociología, esta condición se denomina anomia (Emile Durheim). Para el caso de NNA desvinculados de un grupo organizado al margen de la ley, se sabe que han debido enfrentar desde su infancia, durante su participación en actos violentos, e incluso luego del retorno a la vida civil, numerosos factores adversos que vulneran su subjetividad y su capacidad de vivir de manera digna.

El psiquiatra francés Jean Furtos, expresa al respecto que, las experiencias frustrantes corrientes en la vida producen un grado de sufrimiento psíquico **necesario para vivir** y útil para construir una adecuada convivencia con los otros. Cuando el sufrimiento se exagera, la tristeza y el dolor se hacen constantes y se hace **difícil vivir**. Pero en circunstancias de sufrimiento psíquico extremo, como es el caso de los llamados excluidos, desposeídos de la sociedad, grupos marginales y quienes cargan con el estigma de haber pertenecido a un grupo organizado al margen de la ley, se presenta tal grado de aplastamiento de la

subjetividad que se produce una ***incapacidad para vivir y también para sufrir***. Surge en muchos casos una reacción de anestesia que dificulta u obstaculiza el cambio y la recepción de los apoyos.

Quienes han trabajado con población vulnerable y más específicamente con excombatientes, notarán que este fenómeno da cuenta de un sinnúmero de reacciones que con frecuencia no tienen lógica y que explicarían manifestaciones irracionales o paradójicas presentes cuando se entra en el proceso de inserción social y que muchas veces produce su fracaso.

El síndrome de autoexclusión ha sido descrito por varios autores, como una respuesta a situaciones de precariedad extrema y al aislamiento del grupo de pertenencia, siendo una maniobra defensiva con el objetivo de disminuir el sufrimiento y sobrevivir.

Existen varios signos que anuncian su presencia, la mayoría de ellos de tipo deficitario ya que se trata de un cuadro de predominio carencial. Se enumeran los principales a continuación:

Signos

1. Es frecuente encontrar en las etapas iniciales de este cuadro que el/a sujeto inhibe, sin suprimir, toda expresión de emociones y sentimientos. Estas personas aparentan estar enlentecidas, agotadas y faltas de reacción frente a diversos estímulos.

2. Se observa disminución o desaparición del sentido de corporalidad, podríamos decir, que se traduce en anestesia física demostrable, es decir que estos sujetos no sienten de manera corriente el dolor físico.

3. En este marco de embotamiento afectivo y físico se presentan cambios en el comportamiento con arrebatos de violencia combinados con periodos de extremo aislamiento y silencio. Ocurre también que, las personas más comprometidas y afectadas, paradójicamente rechazan las ayudas (como ya se advirtió) o simplemente no buscan apoyos, mostrándose indiferentes, agresivas o muy escépticas de la utilidad de estos apoyos. Muestran además una extrema dificultad para comunicarse.

4. Se debe resaltar que, al referirse al aislamiento no sólo se hace referencia a la no aceptación de ayuda por parte de algún profesional, también abarca la ruptura importante con todos los lazos de afecto que pueda tener la persona con familiares y personas allegadas.

5. Por otro lado, se puede encontrar en estos casos, que la persona se deshace parcial o totalmente de lo que podríamos llamar la vergüenza social, es decir, dejan de sentir vergüenza hacia o remordimiento por aquellos actos que son mal recibidos o indignos para sus grupos de pertenencia y valores sociales adquiridos previamente. Por ejemplo agredir e invadir los derechos de los demás, ejercicio de la vida sexual, etc.

6. Es muy frecuente encontrar en las personas que han sido privadas y aisladas de

su grupo sociocultural, descuido y negligencia consigo mismos y con su autocuidado. En ellos podemos encontrar descuido en el aseo personal, en el manejo de desechos, suciedad en sus lugares de residencia, etc.

En resumen, el sufrimiento psíquico de estas personas se convierte en patológico cuando les impide reaccionar y entran en una especie de “muerte prematura” de tipo psicológico. Es por esta razón que la tarea principal es permitirles expresar sus sentimientos de manera paciente, comprensiva sin lugar a que se sientan excluidos.

¿Qué hacer cuando se expresan las características de la autoexclusión?

Está reconocido que cuando el equipo detecta un caso de este tipo, se siente frustrado y con frecuencia impotente. El surgimiento de sufrimiento o malestar en el equipo que intenta ayudar al individuo es un signo precoz que advierte de esta situación, e indica que el equipo se encuentra en situación empática con lo que ocurre y de compromiso con la tarea. Este sentimiento de frustración puede ser visto como termómetro de la existencia de este cuadro en un/a adolescente.

Más allá de las consideraciones clínicas, el equipo debe promover, mantener y restaurar,

la capacidad del individuo de vivir y sufrir en entornos en los que pueda operar sus cambios de manera creativa y propositiva. Esto se puede conseguir en los NNA con heridas emocionales causadas por la violencia, ofreciendo entornos de acogida como:

1. Grupo familiar o en el entorno de personas allegadas que brinden sostén emocional adecuado.
2. Ambiente educativo, ya que abarca grupos de sujetos de la misma edad y con similares características socioculturales (pares), también incluye profesores y otros miembros del equipo técnico a los cuales los NNA tienen acceso inmediato para recibir los apoyos.
3. Grupos de personas con habilidades y competencias para entender y abordar los problemas y las conductas que se presenten por parte de los/las NNA, con el foco orientado al entendimiento de las experiencias positivas que se requieren.

En estos entornos debe realizarse un trabajo que promueva la autoestima, la toma de decisiones en un contexto de ejercicio de ciudadanía y la posibilidad de ofrecer una asistencia práctica en caso de necesitarlo.

Si bien el grupo familiar es muy importante para los sujetos, se advierte que existe riesgo grande de “retorno a la exclusión”, cuando se busca afanosamente la demanda de los individuos de volver a reencontrarse con

sus familiares, este riesgo es mayor si fue la violencia intrafamiliar la que provocó en el pasado su salida del hogar. Se pueden presentar además, conductas agresivas y complicaciones somáticas. Cuando los miembros de la familia rechazaron en el pasado al NNA, pueden ahora desconocerlo por temor o por no sentir apego hacia él/ella.

El proceso de acogida o acercamiento puede no llegar a concretarse, en cuyo caso él/la NNA buscará emprender la vida aparte de sus

familiares. En estos casos el acompañamiento debe ser más cercano por parte del equipo y debe dedicarse más tiempo al seguimiento de las familias, ya que la confrontación con la realidad puede causar conflictos, cuando se han idealizado las expectativas.

Por otro lado, el rechazo de las ayudas puede decepcionar al equipo cuando también tiene expectativas idealizadas, esto puede generar desmotivación, desesperación y abandono de las tareas por parte del equipo. En estos casos,



puede estar recomendado que sea el equipo quien asuma la responsabilidad de abordar las demandas de apoyo temporalmente. Por ejemplo, ante el /la NNA que le dice a algún miembro del equipo “yo no quiero que se sienta conmigo a hablar”, la respuesta errónea del miembro del equipo sería, está bien, eres lo suficientemente grande para solicitar mi ayuda cuando lo necesites”. Por el contrario, se recomienda una respuesta como: “yo sí quisiera ver qué está pasando”. En este momento el adulto está asumiendo esa solicitud que el/la NNA no puede hacer.

También hay que tener en cuenta que en estas circunstancias, las personas presentan una especie de “*inversión de síntomas*”,

inversión semiológica que sumada a la poca demanda de los individuos, debería generar la necesidad de intervención, ya sea de tipo clínico (asistencia médica urgente) o social (remisión a otra institución, castigo, represalia). Para este tipo de procesos recomendamos una actitud paciente y que intente comprender el verdadero significado del síntoma.

Estos aspectos deben tenerse en cuenta en la evaluación temprana y el manejo oportuno de manifestaciones sintomáticas que se constituyen en muchos casos en un **intento por sentir**, circunstancia comprensible al reconocer que los NNA desvinculados vienen de vivencias en que requería una especie de anestesia física y mental.

* * * * *

CAPÍTULO VI

FORMAS DE AYUDAR PSICOTERAPIAS

Responda verdadero o falso a las siguientes preguntas y luego discuta sus respuestas con sus compañeros de equipo:

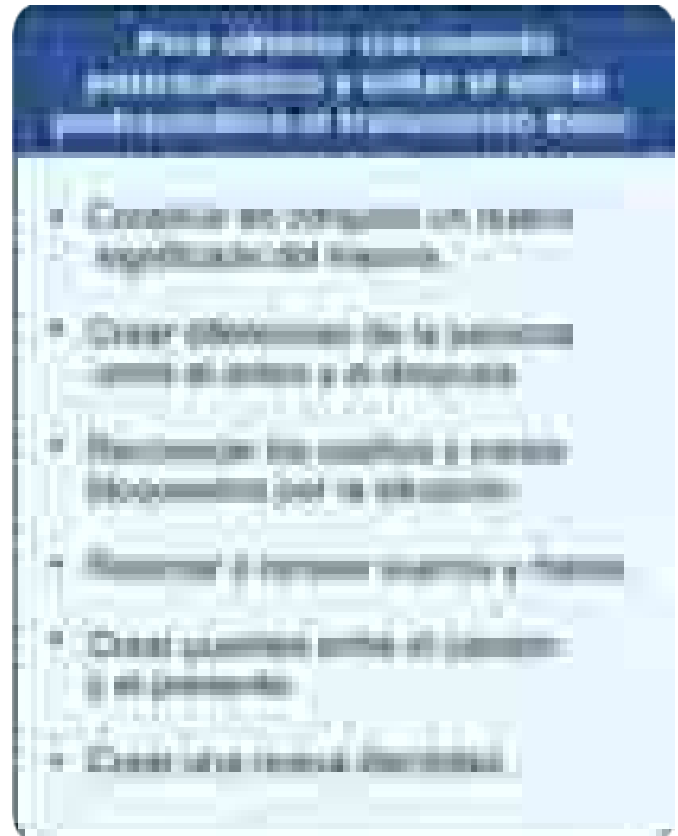
1. La psicoterapia es igual al acompañamiento psicosocial ()
2. La psicoterapia busca que la persona olvide los traumas ()
3. Se debe elegir entre psicoterapia y medicación ()
4. La psicoterapia apoya los proceso de resiliencia ()

Tratamiento

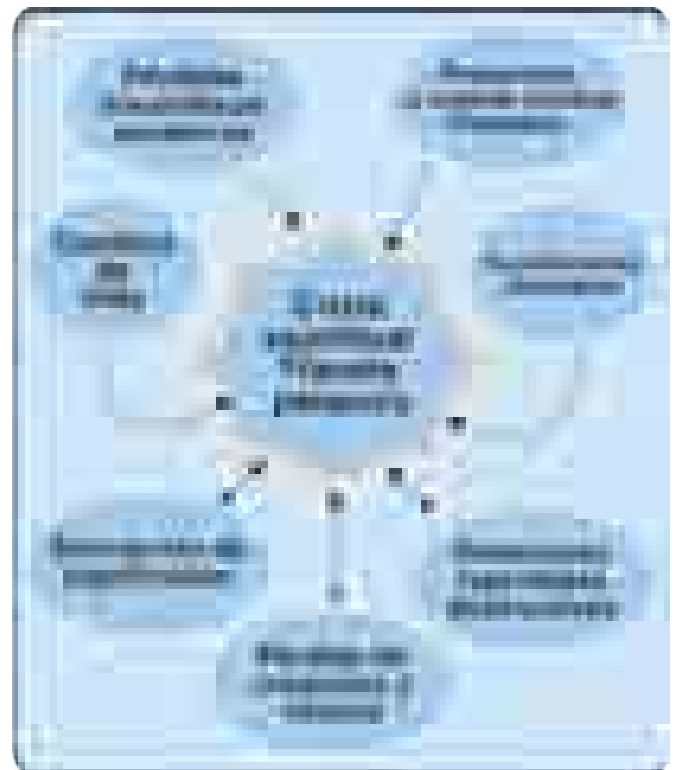
El tratamiento debe ser oportuno y efectivo, acorde a las necesidades y teniendo en cuenta las situaciones vividas, para permitir el desarrollo, el crecimiento y la construcción de resiliencia.

Se trata de construir un crecimiento postraumático que sustituya el estrés postraumático, con seguridad, satisfacción de las necesidades cotidianas, con estabilidad y protección, para que se restituya la confianza y desaparezca la sensación de abandono y NNA pueda establecer relaciones, buscar su rol en la vida y volver a soñar.

Se deben conectar y traer las experiencias vividas antes del trauma, para crear la sensación de continuidad, se restablezca la identidad y surjan nuevas metas e ideales.



Psicoterapia



En el tratamiento se debe tener en cuenta que existen emociones pertenecientes a la persona, que ella misma puede desconocer y no comunicar a los demás. Estas emociones, pueden aislarla generando comportamientos destructivos que le impiden adaptarse y reconstruir su vida. El equipo, debe promover que estas emociones sean comunicadas y analizar las situaciones donde se originaron, entendiendo que las emociones van pasando y la posibilidad de expresarlas también se transforma. Saber que otras personas también tienen emociones similares y que estas pueden pasar, ayuda a salir del aislamiento y a empezar una comunicación más efectiva y solidaria. Las situaciones vividas y los cambios

radicales sufridos, deterioran las creencias y valores y crean una bancarrota de significados de la vida. Es decir, se pierden los sueños, la predictibilidad, la confianza y la seguridad. Las construcciones de historias acerca de sí mismo, los demás y la vida en general quedan cortadas y se vuelven incoherentes.

Por eso se deben crear espacios para construir historias coherentes, narrativas que permitan el crecimiento y encontrar nuevos significados y sueños. Estableciendo puentes narrativos entre las cosas que han pasado y que están pasando, conectando el antes, el ahora y el después, para favorecer crecimiento elaborativo y que los síntomas desaparezcan.



Trauma psíquico y crisis espiritual interacción de causas y consecuencias



CAPÍTULO VII

ESPIRITUALIDAD

Responda verdadero o falso a las siguientes preguntas y luego discuta sus respuestas con sus compañeros de equipo:

1. La espiritualidad no tiene relación con los procesos de duelo y trauma ()
2. El perdón no se puede construir ()
3. El proceso de vinculación y desvinculación modifica los aspectos religiosos y espirituales de las personas ()
4. La psicoterapia debe ocuparse de los aspectos espirituales de las personas ()

Los NNA desvinculados, han estado sometidos al desarraigo de sus creencias y valores espirituales y religiosos, generalmente católicos, con los que han sido criados. Hay pérdida de los ritos que forman comunidad y dan apoyo, y es frecuente que en su proceso de vinculación a grupos organizados al margen de la ley, participen en rituales de superstición y magia negra, para hacer daño a otros, o magia blanca para protegerse, para perder el miedo, para no morir o no ser heridos en los combates.

En su proceso de desvinculación se llenan de culpa, remordimientos y conflictos éticos, morales y espirituales. Los tratamientos farmacológicos y psicológicos, en general no tienen en cuenta estos aspectos a pesar de ser vitales en el proceso. La mayoría de las religiones aportan lineamientos sobre cómo

vivir una vida con significado, gozo y gratitud y la psicoterapia apoya la creación de nuevas narrativas, la construcción de resiliencia y alivio del dolor, pero no se abordan aspectos religiosos, morales o espirituales, a pesar de la importancia que tienen y estar relacionados de manera intrínseca con las dificultades en el proceso de desvinculación.

Los profesionales tienen dificultades para abordar la espiritualidad, porque no quieren faltarle al respeto, ni colonizar con sus propias creencias la religiosidad o la espiritualidad del interlocutor. Además, las creencias están reñidas con las teorías científicas inherentes a las formaciones profesionales. Es frecuente encontrar en la religiosidad de estos NNA, mezclas de supersticiones y magia negra que hacen complejo el manejo del proceso.

Tener en cuenta la relación entre psicoterapia y espiritualidad no significa adoctrinar al otro o imponer las propias creencias, es tener en cuenta la espiritualidad de la persona y el apoyo que esta pueda dar a la curación.

Razones para tener en cuenta los aspectos espirituales

- Los procesos de crianza y el ciclo vital están inmersos en prácticas espirituales.
- Los ritos y prácticas espirituales aportan sensación de comunidad, trascendencia y pertenencia.

- La espiritualidad aporta sentido a la vida y favorece la resiliencia.
- Temas como el perdón y la culpa son importantes para abordar el proceso.
- La espiritualidad influye en las formas de adaptación y resiliencia.
- En los momentos de crisis, adversidad o trauma hay búsquedas espirituales.

En momentos de trauma, adversidad, crisis y duelo, las creencias y prácticas espirituales han ayudado a resolver sus pérdidas, a recuperarse de los traumas y a mostrar resiliencia.

La espiritualidad va a determinar lo que es problema para cada persona, la manera como enfrenta las situaciones adversas y la manera como experimenta dolor y sufrimiento.

En los tratamientos realizados durante el proceso de desvinculación e inserción social, con frecuencia los NNA se refieren a sus creencias, a su sensación de conexión con el Ser Superior y a la convicción de haber sentido su ayuda en momentos difíciles.

Cuando los síntomas psicológicos y físicos desaparecen, comienzan sus conflictos de culpa, remordimiento, aparece la necesidad de ser perdonado y perdonar los atropellos de los cuales también fue objeto, tratándose de menores de edad en su doble condición de haber sido victimarios y víctimas.

Buscan orientación espiritual, presentan conflictos y confusiones entre sus creencias antiguas, nuevas creencias, lo que han sufrido o hecho sufrir. En este momento la psicoterapia debe incluir conversaciones acerca de los aspectos espirituales y morales, aunque es un tema que no se ha tenido en cuenta por los trabajadores de salud mental. No en vano la psicoterapia quiere decir cuidado del alma.

Mitos acerca de la espiritualidad

- Religión y espiritualidad no son lo mismo.
- Todas las personas tienen recursos espirituales.
- Las personas son más que la suma de sus aspectos genéticos, biológicos, crianza y circunstancias vividas.
- La espiritualidad es básica en la mayoría de las personas.

Existen varios estudios que demuestran la importancia de la fe y de la espiritualidad en la recuperación de situaciones traumáticas, elaboración de duelos y recuperación de la salud física y mental. Demuestran que la espiritualidad ayuda a las personas a tener mejor calidad de vida, a recuperarse de dolencias físicas y psicológicas y a asumir actitudes resilientes, mostrando lo mejor de sí mismas en momentos adversos.

La espiritualidad ayuda a salir de las situaciones de aislamiento y conectarse con

las personas, a recibir y dar ayuda y a crecer como personas. En los estudios realizados con personas sin ingresos económicos, se ha encontrado que los aportes de dinero no son suficientes y que las comunidades mejoran solamente si se atiende también a sus necesidades espirituales.



El ideograma chino para **crisis** se compone de dos partes, la primera es una persona al borde de un abismo significando peligro y la segunda son plantas floreciendo, significando oportunidad.

Por lo tanto, una crisis es peligrosa por los sentimientos destructivos que genera, el aislamiento y la desesperanza, pero también representa la oportunidad de crecimiento, oportunidad de crecer, es decir de tener resiliencia, la capacidad de superar las adversidades, convirtiéndose en mejor ser humano.

La mayoría de las religiones aportan para la resiliencia, no en el sentido de cómo evitar los dolores y las dificultades, sino acerca de como vivir la vida con significado, gozo y gratitud.

La historia espiritual de las personas es relevante

Preguntas importantes para hacer:

- ¿Ha tenido prácticas o creencias religiosas en su vida?
- ¿Han sido útiles en su vida?
- ¿Han sido dañinas?
- ¿Se siente conectado/a con un Ser Superior?
- ¿Cuál ha sido su experiencia espiritual más importante?
- ¿Cuáles han sido las personas que han influido en su espiritualidad o religiosidad?
- ¿Cuál ha sido la participación familiar en ritos?

Aspectos para tener en cuenta en el trabajo con la espiritualidad

Las religiones son los aspectos organizados y reglamentados del culto.

La espiritualidad es la conexión con el Ser Superior, incluye la sensación de trascendencia, de que hay algo más allá de la vida.

La moralidad incluye los aspectos de bien y mal, de no hacer daño a otros.

Algunas características de la religión que la diferencian de la espiritualidad

- Presencia de rituales.
- Acción e interacción grupal.
- Códigos morales claros y guías para el comportamiento.
- Expiación de pensamientos, actos o sentimientos inmorales.

Camino hacia la espiritualidad

La espiritualidad y la resiliencia se complementan mutuamente a través de lo que Hill Ohanlon ha llamado las tres C:



Conexión:

Ocurre cuando la persona se siente conectada con algo superior a su ego o personalidad. Se toma contacto con el Ser,

más allá de pensamientos y emociones. Las conexiones se logran meditando, orando, en contacto con la naturaleza o con el arte, sintiendo el cuerpo, reconectándose con otra persona. De esta manera la vida adquiere propósito y sentido y van desapareciendo las sensaciones de aislamiento y rabia propios del proceso de victimización.

Preguntas para traer a mano la conexión

- ¿Cómo, cuándo, dónde y con quién siente gozo y tranquilidad?
- ¿Qué ha sentido y qué ha aprendido de las **EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS**?
- ¿Qué cambios ha tenido en la vida y en el modo de ser?
- ¿Qué actividades le dan sensación de gozo?

Compasión:

Cuando se puede sentir bondad o aceptación hacia otros, se diluye la desconfianza, la dureza y la actitud de juicio hacia los otros. La palabra compasión quiere decir sentir con, es decir no sentir contra. Para desarrollar compasión hacia los demás es importante empezar con uno mismo, aceptando las contradicciones y los aspectos que el proceso de socialización han disociado o escondido.

Las situaciones traumáticas acentúan este proceso disociando, repudiando y devaluando,

aspectos físicos o emocionales de la persona que se consideran vergonzosos y repulsivos. Estos aspectos aparecen de manera intrusiva, impulsiva, violenta, o de manera inhibida con despersonalización, silencios o retraimiento y sensación de entumecimiento o vacío.

Para desarrollar la compasión hacia sí mismo y los demás

- Identificar y aceptar aspectos contradictorios.
- Identificar y cuestionar los mandatos interiores.

- Identificar conversaciones internas o externas con devoción y crítica.
- Darse el permiso de ser, que-erse y sentir de manera contradictoria.

Contribución:

Todos tenemos la necesidad de aportar y ayudar a otros. El Martin Luther King decía que “la pregunta más importante y urgente que nos hace la vida es: ¿Qué estás haciendo por los otros?”. La posibilidad de ayudar a otros con situaciones parecidas a las que uno ha padecido, permiten sanar los traumas, elaborar los duelos y pasar la página de los episodios dolorosos vividos.



Ayudar, es una manera de expiar las agresiones o violencias. Cloe Madanés, ha descrito la importancia de la reparación y la expiación en terapia con personas violentas. Milton Ericsson trabajó con personas deprimidas apoyando el que hicieran obras de ayuda en su comunidad con buenos resultados, porque se retira el foco de sí mismo y se puede entender el sufrimiento de los otros.

En estos casos el proceso de desvinculación debe incluir contribuciones a la comunidad con miras a reparar y a sentirse parte de ésta, para aumentar la tolerancia a la frustración y dar identidad y pertenencia.

Es pertinente para promover la contribución o servicio:

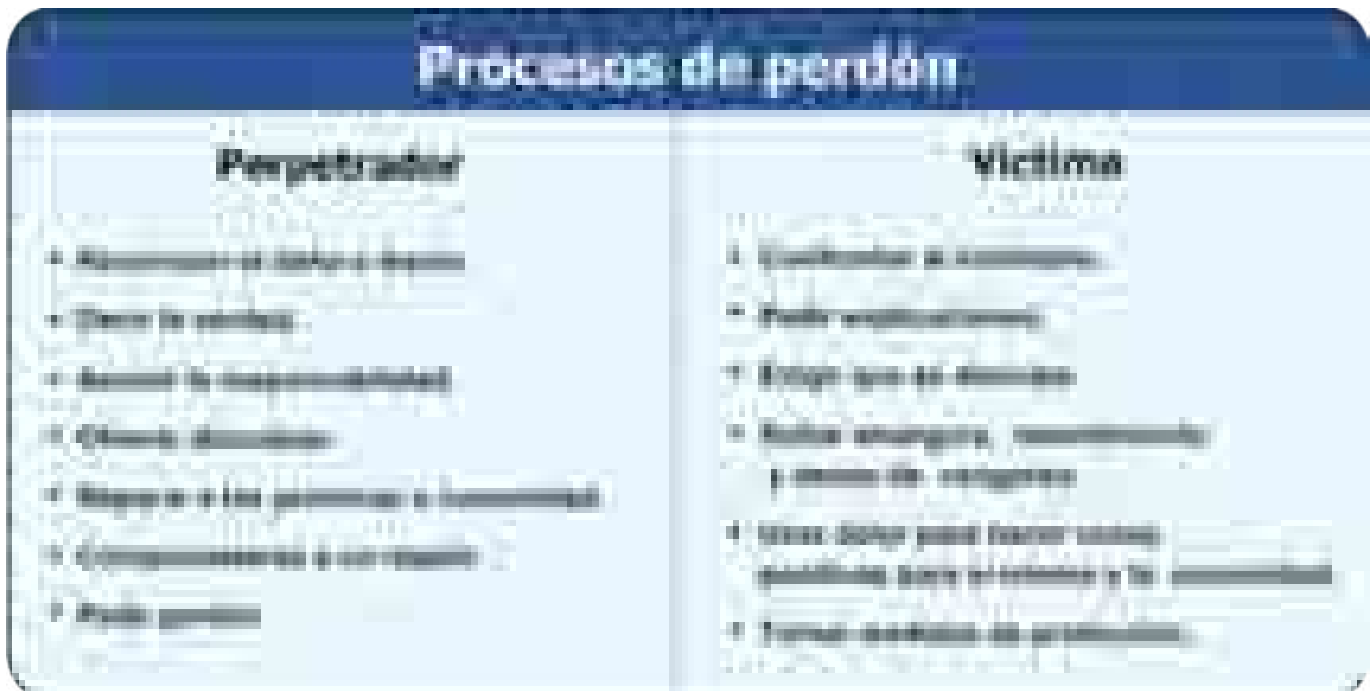
- Identificar culpas y responsabilidades que se deben asumir.
- Identificar injusticias cometidas.

- Identificar acciones reparatorias relacionadas con las injusticias y la culpa.
- Realizar acciones opuestas a las negativas.
- Resaltar la importancia de estas acciones.

Los procesos de victimización y trauma producen amargura, en algunas ocasiones las personas se quedan adheridas a su papel, quedan victimizadas y las heridas se convierten en lo más importante. Esto las desempodera y obstaculiza la resiliencia. Estas consideraciones se hacen en el contexto íntimo y privado de la psicoterapia.

No hace referencia a los aspectos psicojurídicos y sociales donde la expectativa es que se aplique la ley, se reivindicuen los derechos y se rescate la memoria colectiva de lo ocurrido con el reconocimiento de los daños causados a los sujetos.

Pargamet y colaboradores, encontraron que las personas incapaces de perdonarse o perdonar a otros presentan más depresión y dificultades interpersonales.





Doherty (1999), ha propuesto tres dominios de lenguaje y significado para poder entender y trabajar en psicoterapia con otros aspectos aparte del bioclínico:

Dominios de la psicoterapia

La distinción de estos dominios es muy útil en el proceso de desvinculación y es importante tener claridad acerca de los temas que se están hablando para evitar confusiones.

Estos tres dominios de lenguaje y significado, poseen aspectos exclusivos en su área de trabajo, pero además existen pueden presentarse espacios de interacción con uno o dos de los otros dominios.

A continuación se enumeran los aspectos exclusivos de cada dominio y las áreas de interacción que se relacionan con lo bioclínico, moral y espiritual.



En el dominio de lo bioclínico se tratan aspectos que generalmente son tenidos en cuenta en psicología y psiquiatría:

1. Personalidad
2. Enfermedad mental y física
3. Disfunción familiar y personal
4. Comunicación
5. Autoestima
6. Diferenciación
7. Límites

En el dominio espiritual se tratan aspectos acerca del significado de la vida, trascendencia y relación con Dios:

1. Voluntad de Dios
2. Llamado de Dios a la gracia
3. Milagros
4. Oración
5. Fe
6. Lo sagrado

En el dominio de lo moral se tratan temas relacionados con las normas, responsabilidades y obligaciones en el ámbito interpersonal:

1. Bueno y malo.
2. Deberes.
3. Deudas
4. Obligaciones
5. Justicia

Cuando lo clínico y lo espiritual se unen, los temas a tratar son:

1. Serenidad
2. Centrarse
3. Amor
4. Integración
5. Esperanza
6. Confianza

7. Sufrimiento
8. Conexión

Cuando lo clínico y lo moral se unen, se habla de:

1. Compromiso
2. Responsabilidad
3. Comportamiento destructivo
4. Manipulación
5. Honestidad
6. Violencia
7. Engaño

En el dominio de lo moral y espiritual, se habla de:

1. Pecado
2. Mal
3. Mandamientos

En la unión de los tres dominios, se habla de:

1. Sanación
2. Valores
3. Crecimiento
4. Culpa
5. Perdón
6. Significados
7. Comunidad

**LAS ALTERACIONES
EN LOS TRES DOMINIOS
DEBEN ALERTAR
SOBRE POSIBLES
COMPLICACIONES**



CAPÍTULO VIII

ENFERMEDAD INCURABLE VERSUS DISFUNCION CONTROLABLE

Favor conteste si considera que las siguientes afirmaciones son verdaderas (V) o falsas (F) y luego discuta sus respuestas con sus compañeros de equipo:

1. Las manifestaciones mentales de los NNA desvinculados son inventadas, no tienen fundamento real, cada quien debe poner de su parte para superarlas. ()
2. Las expresiones mentales o emocionales son muy poco frecuentes y cuando se presentan tan sólo causan sufrimiento a quien las padece. ()
3. Quienes padecen trastornos mentales deben ser encerrados y marginados pues constituyen peligro para los demás. ()
4. Cuando éstos se presentan siempre son de muy mal pronóstico, comprometiendo el funcionamiento normal del /a. ()
5. La ayuda profesional y especializada única y exclusivamente se requiere ante casos muy severos. ()
6. La medicación formulada por psiquiatras es para los “locos”, usualmente dopa y por lo general crea adicción. ()

Siguendo lo relatado en el capítulo previo, referente a los diversos cuadros psicológicos que pueden presentarse en los NNA desvinculados, una de las principales formas de ayudar es encaminarse para no estigmatizar, es decir, permitirse conocer e informarse más acerca de lo que les ocurre para así no discriminarlos, aislarlos o segregarlos.

Es importante recordar que los NNA desvinculados sufren de manera diversa los efectos de la violencia. En general, todos(as) presentan el impacto aterrador de esta flagrante violación de sus derechos con posteriores efectos dentro de su esfera mental y emocional que se manifiestan dentro de un amplio espectro.

Este espectro va, desde el miedo a enfrentar nuevos estilos de vida, con relaciones, hábitos y responsabilidades diferentes; el temor a renunciar al porte de su arma pues ésta no sólo constituye un elemento protector de la vida, sino que también hace parte de su propia identidad; hasta procesos de duelo referidos a la pérdida del quehacer cotidiano, los roles anteriormente asumidos en el marco de la vida armada, los lazos afectivos establecidos y el proyecto de vida asumido.

Por otra parte, el retorno a la vida civil puede generar aprehensión y desconfianza de las nuevas circunstancias que van desde la actitud de la familia, **el estigma** social, las nuevas obligaciones y los roles laboral o educativo que deben asumir. Pueden presentarse entonces, alteraciones mentales o emocionales, como trastornos del sueño, depresión, ansiedad, fobias y trastorno de estrés post-traumático, entre otros.

Ahora bien, es relevante precisar a qué nos referimos con el término **alteración mental**, la cual podría considerarse como un desorden de la mente que interfiere con el comportamiento normal y hace la vida diaria más difícil. Es una condición que puede cambiar la opinión de sí mismo, las relaciones y decisiones. Estos

problemas de la salud mental realmente pueden alterar el funcionamiento cotidiano y son causados por factores biológicos, ambientales o combinación de los dos.

Las manifestaciones mentales o emocionales que estos NNA presentan, no solamente producen sufrimiento psicológico a ellos mismos sino a sus familias, y además pueden causar vergüenza, humillación y aislamiento. Al trauma de experimentarlas se suma la devastadora experiencia de la marginación o estigmatización. Aclarando aquí, que el desconocimiento del origen de las mismas, conduce a la generación de todo tipo de tabúes y mitos.

Es importante entender que estas alteraciones no son siempre de larga duración. Un episodio no significa enfermedad crónica, la mayoría de las manifestaciones mentales o emocionales no implican necesariamente interrupciones marcadas en la realización del proyecto de vida.

Cabe recordar que en los NNA desvinculados, estas alteraciones se presentan con mayor frecuencia de la que imaginamos, que en la gran mayoría de casos se superan y en otros, si bien perduran, con ayuda de familiares, amistades y profesionales, quienes las padecen serán capaces de afrontarlas.

En otros casos, pueden constituirse en un proceso largo y doloroso, no sólo por la gravedad de los cuadros, sino por la imagen negativa que la sociedad posee de éstos. Nos referimos aquí nuevamente al efecto tan negativo que tiene el estigma sobre esta

población, pues gran parte del sufrimiento que padecen, tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar, y no en la alteración en sí misma.

El estigma de las alteraciones mentales viene heredado de siglos de incompreensión, de una mentalidad proclive a “*encerrar al loco*” y alejarlo en lugar de ayudarlo desde la perspectiva de la salud y la integración. Hace ya más de 20 años que se inició la reforma psiquiátrica, se desmantelaron los manicomios y el “*loco*” pasó a ser ciudadano. Pero desmantelar el estigma de la conciencia colectiva parece una tarea mucho más difícil.

Las barreras de los antiguos “manicomios” han dejado paso a otros muros invisibles, que mantienen el aislamiento e impiden la total recuperación de las personas, mediante prejuicios y tópicos que los encierran en su enfermedad.

El estigma, sustentado en prejuicios y causante de discriminación social, se debe combatir por injusto, cruel y por no tener base científica.

El estigma, es una condición que empeora la calidad de vida de los NNA desvinculados de grupos organizados al margen de la ley, afectando negativamente sus oportunidades de educación e inserción laboral, interfiriendo con sus esfuerzos de rehabilitación, perturbando su vida en familia, empobreciendo y debilitando su red social de soporte.

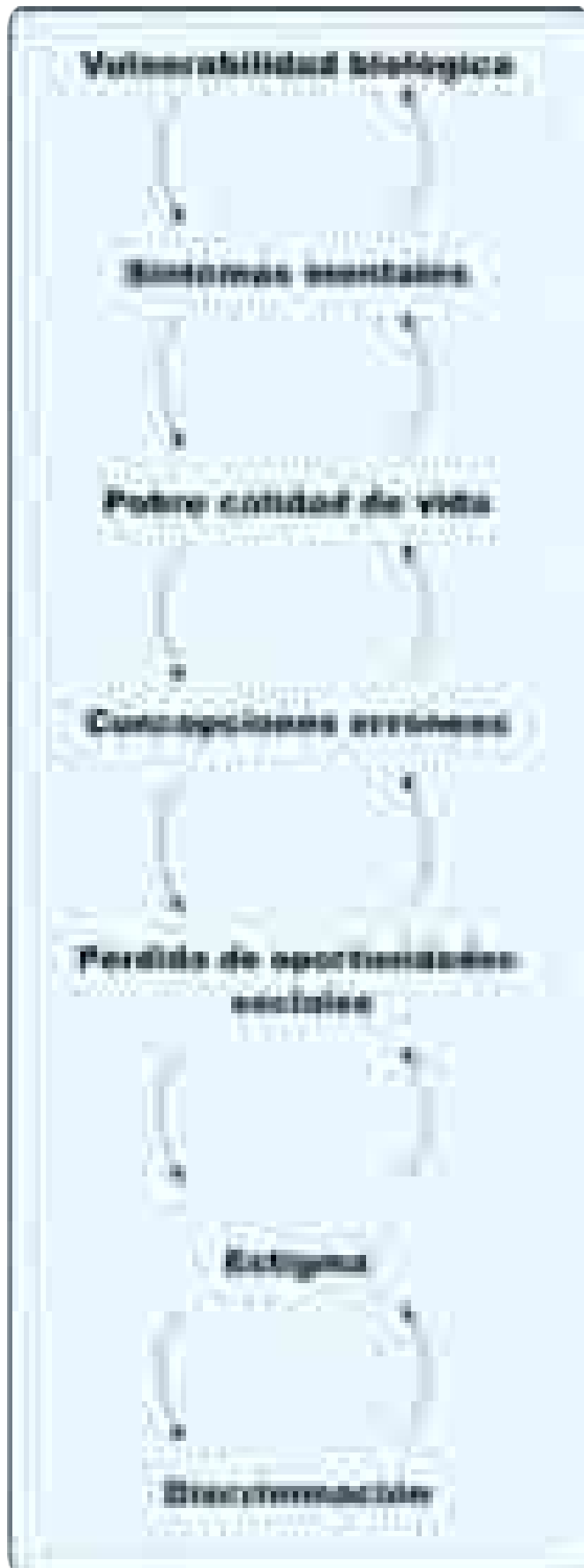


La estigmatización es casi siempre inconsciente, basada en erróneas concepciones sociales arraigadas en la percepción colectiva. Ejemplos de este tipo de concepciones prejuiciosas y mal fundamentadas, es afirmar que una persona con esquizofrenia es violenta e impredecible y no podrá nunca trabajar o vivir fuera de una institución ni tener vida social. Que una persona con depresión es débil de carácter, que no podrá casarse ni tener hijos. Que la enfermedad mental no tiene esperanza de curación. Que es imposible ayudar. Incluso que la propia familia, por causa del estigma sienta vergüenza y esconda la alteración, la niegue y con ello también niegue al NNA.

El impacto del estigma

El silencio que rodea a cualquier problema de salud mental, forma parte del mismo problema. Las alteraciones mentales están entonces, silenciadas, ausentes e invisibles.

Mientras están disponibles las soluciones para tratar las alteraciones mentales o emocionales presentadas por ellos/as, para permitirles llevar una vida normal en la comunidad, muchas personas todavía levantan barreras tanto para su atención como para su integración social. Siendo importante recalcar que el estigma mental es



tal vez el factor más significativo que influye negativamente en el proceso de búsqueda terapéutica y de rehabilitación, interfiere con el acceso al tratamiento, el acatamiento de las prescripciones médicas y obstaculiza la vuelta a la vida normal y efectiva en la integración social.

El mismo, contribuye significativamente al sufrimiento individual y colectivo, el cual puede empeorar aún más la evolución y el pronóstico de la alteración.

Es necesario entonces, que nos cuestionemos la visión que poseemos de las alteraciones mentales y nuestras actitudes con quienes la padecen. Tenemos múltiples barreras que superar. También hay mucho que ganar.

Debemos oponer a la figura estigmatizante de *“enfermedad incurable”*, la de *“disfunción controlable”*.

Controlable con varios recursos, entre los principales, la psicoterapia y el manejo farmacológico, siendo este último necesario porque hay alteraciones del cerebro que requieren una sustancia que reestablezca su adecuado funcionamiento.

Cabe aclarar que la medicación usada, bajo supervisión médica especializada, no suele correlacionarse ni con adicción, ni con embotamiento. Además, los efectos secundarios que se presentan son usualmente controlables.



Salud mental: parte de nuestra vida

Edwin, es un muchacho que terminó bachillerato y se capacitó en el SENA. Recibió reconocimientos y honores por su inteligencia y desempeño. Ya tiene una microempresa. Además le encanta tocar guitarra para sus amigos.

Maria Teresa tiene novio, sabe modistería y le gusta escribir poesía y hacer trovas.

Carlos tiene su propio negocio y es un líder comunitario.

Estas personas tienen mucho en común. Son productivas. Son líderes. Tienen impacto positivo en sus comunidades. Y se han

recuperado de enfermedades mentales. Son como gente que conocemos en el trabajo, en la escuela, en nuestras familias, y en nuestros vecindarios.

Los síntomas de las enfermedades mentales difieren ampliamente, pero hay algo similar en todas ellas: recibir tratamiento y apoyo de la comunidad es crucial para la recuperación.

¿Qué es la recuperación?

La recuperación se refiere al *proceso en el cual la gente es capaz de vivir, trabajar, aprender, y participar de manera integral nuevamente en sus comunidades.*

Para algunas personas, la recuperación es:

“La capacidad de vivir una vida productiva y realizada a pesar de una discapacidad”.

Para otros, la recuperación implica:

“La reducción o la completa desaparición de los síntomas”.

Los conocimientos que tenemos muestran que tener esperanza juega un papel integral en la recuperación de la persona.

Mitos y realidades

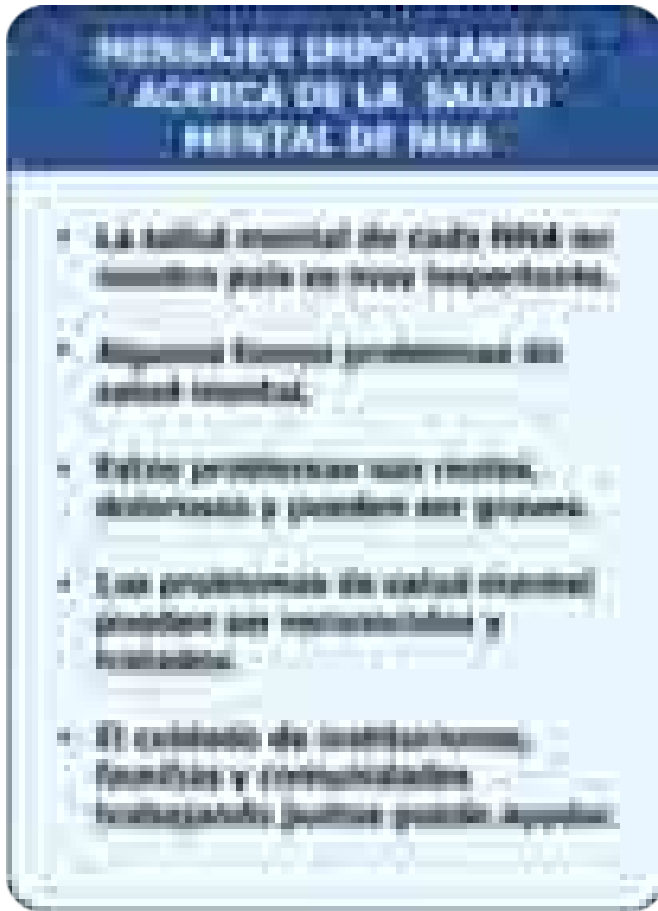
- **Mito:** las enfermedades mentales no pueden afectarme.
- **Realidad:** las enfermedades mentales no discriminan pueden afectar a cualquiera.
- **Mito:** la gente con enfermedades mentales no puede mantener el estudio o el empleo.
- **Realidad:** mucha gente con este tipo de problema, son estudiantes o empleados productivos, dueños de negocios y contribuyen positivamente a sus familias y comunidades.
- **Mito:** no hay esperanza para la gente con enfermedades mentales.
- **Realidad:** hay más tratamientos, estrategias y apoyo de la comunidad para gente con problemas de salud mental que antes, e incluso se divisan más en el horizonte. Las personas con este tipo de dificultades pueden llevar vidas activas y productivas.

- **Mito:** no puedo hacer nada por alguien con una enfermedad mental.
- **Realidad:** podemos hacer mucho más de lo que piensa la mayoría de la gente. Comenzando por la forma en que actuamos y hablamos, podemos crear un ambiente que dé ánimo a la gente y promueva una buena salud mental.
- **Mito:** la gente con problemas de salud mental es violenta e impredecible.
- **Realidad:** hay grandes probabilidades de que conozca a alguien con una enfermedad mental y usted ni siquiera lo sepa. En realidad, la gran mayoría de la gente en esta situación no es más violenta que cualquier otra persona.

Evitar el estigma

Recordemos que la enfermedad mental es más común que el cáncer, la diabetes, la enfermedad cardíaca o el SIDA. Uno de cada cinco jóvenes tiene problemas emocionales. La enfermedad mental puede ocurrir a cualquier edad, pero aparece con más frecuencia entre los 15 y 30 años.

En nuestro país, cerca de dos tercios de las personas con problemas mentales graves no buscan ayuda profesional y sabemos que con el tratamiento adecuado, ocho de cada diez, pueden volver a tener vidas productivas y normales y todos pueden beneficiarse en alguna medida del tratamiento. Por lo tanto, la enfermedad mental puede y debe ser tratada.



Estigma: ¿conoce los hechos?

El estigma es más que utilizar la palabra o la acción inadecuada. El estigma es fundamentalmente la falta de respeto. Es el uso de etiquetas negativas para identificar a un NNA que vive con enfermedad mental. El estigma es una barrera. El miedo al estigma y la discriminación resultante desaniman a los NNA y a sus cuidadores para conseguir la ayuda que necesitan. Se estima que el 40 por ciento de la población colombiana experimenta alguna enfermedad mental en algún momento de su vida, pero al menos la mitad no se sienten enfermos.

Hay que alentar el uso de imágenes positivas, para referirse a personas con

trastornos mentales y resaltar la realidad de que la enfermedad mental puede ser tratada de manera exitosa.

¡Sabía usted que!

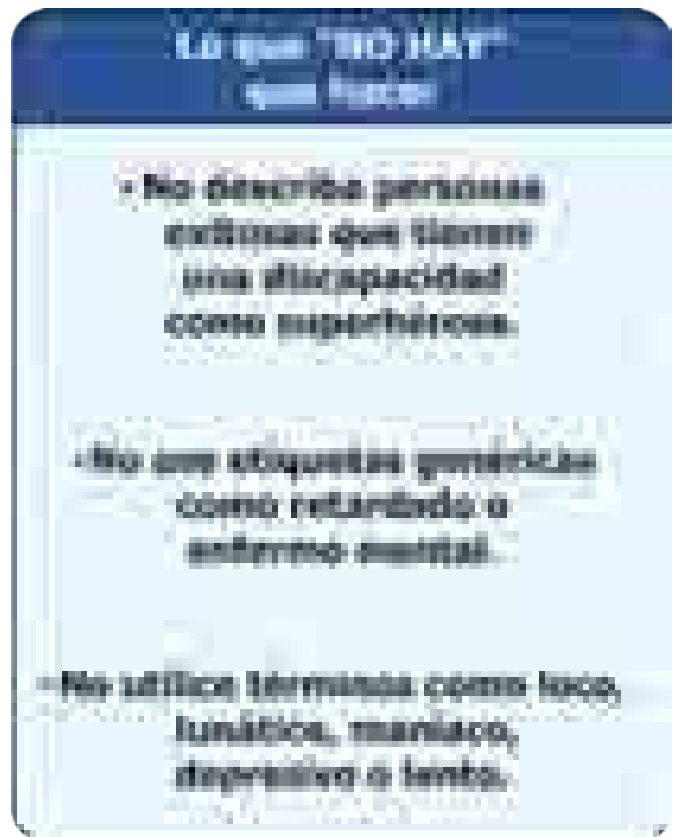
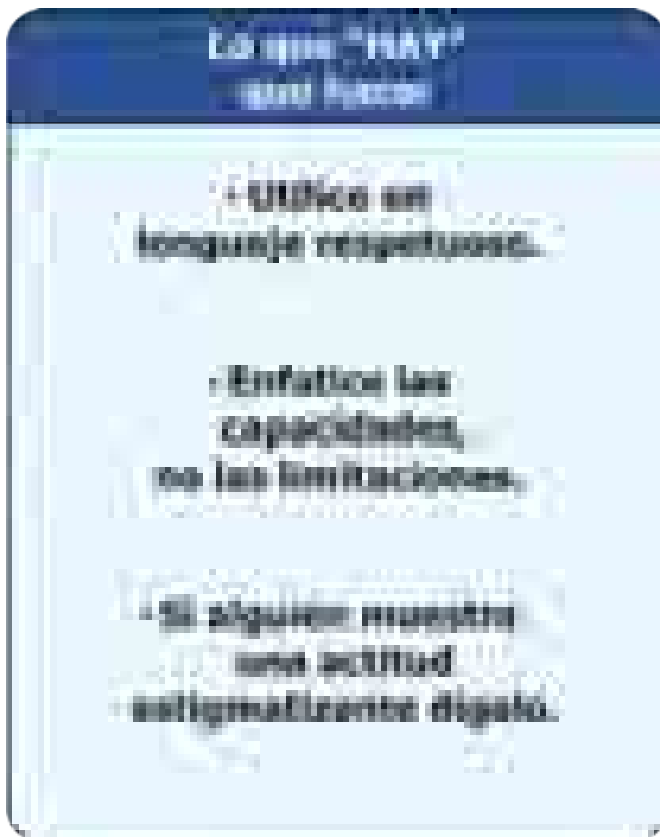
- Cerca de 16 millones de colombianos experimentan algún trastorno mental en algún momento de su vida.
- El estigma, no es solamente el hecho de usar un nombre o realizar una acción equivocada.
- El estigma, tiene que ver con el irrespeto y la utilización de etiquetas negativas para identificar a un NNA que vive con un trastorno mental.
- El estigma, es una barrera que desanima a NNA y a sus cuidadores a buscar ayuda.
- Muchos NNA preferirían comentarle a sus amigos, compañeros, profesores, instructores, jefes, que cometieron actos delincuenciales o estuvieron en la cárcel, que admitir que recibieron tratamiento psiquiátrico.
- El estigma, puede resultar del inadecuado cubrimiento del Sistema de la Protección Social y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para atención en salud en general y en salud mental en particular.
- El estigma, genera miedo, desconfianza y violencia contra los muchachos que viven con una enfermedad mental.

- El estigma, puede causar que los familiares y amigos les den la espalda a personas con enfermedad mental.
- El Estado y la sociedad en general, deben proteger a las personas con necesidades de salud mental.

Hay pasos que podemos dar para luchar contra el estigma. Ejemplos de ello son los siguientes:

- Trate con respeto y dignidad a aquellos NNA con necesidades de salud mental, como lo haría con cualquier otra persona. Dé a conocer la verdad sobre los problemas de salud mental. Si oye o lee algo que no es cierto, dígalo.

- No ponga etiquetas a aquellas personas con problemas de salud mental usando palabras como “loco”, “chiflado”, “maniaco” o “demente”.
- No ponga etiquetas por sus dolencias. En lugar de decir “Es depresivo”, diga “Tiene depresión”.
- Apoye a aquellos que sufren de problemas mentales, ayudándoles a desarrollar potencialidades y utilizar los recursos disponibles en la comunidad.
- Enséñeles sobre la salud mental. Ayúdeles a ver que estos problemas son como cualquier otra dolencia y que pueden ser tratados.



BIBLIOGRAFÍA

Acuña Cecilia, Bolis Mónica. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. OMS, julio de 2005.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR, Oficina para Colombia; Balance de la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia agosto 2002- agosto 2004. Editorial Panamericana formas e impresos. Año 2004.

Aponte, Harry. Bread and Spirit: therapy for the new poor. Norton New York. 1994.

Balbi, Juan. La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal. 1ª edición. Buenos Aires. Paidós. 2004.

Beah Ismael. A long way gone memoirs of a boy soldier, Sarah Crichton. Books, New York. 2007.

Benyakar, Moty. Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerra, terrorismos y catástrofes sociales. Editorial Biblos. Buenos Aires 2006. 2ª edición corregida y aumentada.

Benyakar, Moty, Lezica, Álvaro. Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 1. El Proceso Traumático. Editorial Biblos. Buenos Aires 2005.

Byrne Peter. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Advances in psychiatric treatment, 2000, Vol. 6, pp. 65-72.

Cabrera M. Luisa, Trauma y recuperación psicosocial en Banda Aceh, Habitat Internacional Coalition, agosto de 2006.

Cía, Alfredo H. Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento integrado. 1a edición. Buenos Aires. Imaginador, 2001.

Corporación AVRE. Proceso de formación de terapeutas populares y multiplicadores en acciones psicosociales en un contexto de violencia sociopolítica. Entrevista Individual. TP1. Editora Elena Martin Cardinal. Bogotá. Agosto de 2002.

Corporación AVRE. Proceso de formación de terapeutas populares y multiplicadores en acciones psicosociales en un contexto de violencia sociopolítica. Intervención Individual. Primera Ayuda Psicológica. TP 2. Editora Elena Martin Cardinal. Bogotá. Agosto de 2002.

Corporación Vínculos, Módulos para el acompañamiento psicosocial de niñas, niños, y jóvenes desvinculados del conflicto armado, Bogotá, 2004.

Cruz Roja Colombiana. Apoyo Psicosocial. Aproximación al manejo del duelo y de la crisis en personas afectadas por emergencias. Dirección general de doctrina y protección. 1ª edición, Bogotá. 2003.

Daya Somasundaram, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Jaffna, Jaffna, Sri Lanka, Child soldiers: understanding the context, *BMJ* 2002;324:1268-1271 (25 May). www.bmj.com/cgi/content/full/324/7348/1268?eaf

Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial. Noviembre de 2006. Caracterización de las niñas, niños y adolescentes desvinculados de los grupos armados ilegales: Inserción social y productiva desde un enfoque de derechos humanos. Boletín No 9.

“Delia”, en Pilar Lozano, La guerra no es juego de niños, Intermedio Editores, Bogotá. 2005.

Doherty, W. J. Soul searching: Why psychotherapy must promote moral responsibility. Basic Books New York. 1995.

Furtos, Jean. Sufrir sin desaparecer. En: Psiquiatría y Sociedad. La Salud Mental frente al cambio social. Compilador Alfonso Rodríguez. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Universidad El Bosque. Bogotá. Julio de 2007. Páginas 23-41.

Goleman Daniel. Emociones Destructivas, Editorial Vergara, Buenos Aires 2003

González Mario, psicoanálisis del trauma, Editorial Guadalupe Ltda. 2003.

Gordon M. Shepherd, Neurobiología, editorial Labor. 1985.

Grajales, César. El dolor oculto de la infancia. UNICEF, Santa fé de Bogotá, Colombia, mayo de 1999.

Henderson Grothberg, Edith. Adolescentes contra la violencia. El poder de la resiliencia. Jornada Internacional sobre resiliencia. Asociación Argentina para la infancia. En: <http://dev.aainfancia.org.ar/leer.php/64>

Hocking Barbara. Reducing mental illness stigma and discrimination: everybody's business. MJA 2003; 178: S47 – S48.

Kauffman Jeffrey ed. Loss of the Assumptive World, Brunner Routledge, 2002, New York.

León Castro, Héctor M. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Junio de 2005.

López Marcelino. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. FAISEM, Sevilla.

Madanés, Cloe. Sex, love and violence. Norton New York. 1990.

Marc, Edmond, La interacción social: Cultura, instituciones y comunicación. Editorial Paidós. Primera edición, año 1992.

Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.

Miric Marija. Estigma y discriminación: Vinculación y demarcación. Paradigmas, ensayos, año I, No 2. Pgs 83-97.

Montenegro Hernán, Psiquiatría del Niño y del adolescente Editorial Mediterráneo, Segunda edición. 2000.

Moreno, Carlos B. El estrés, vino Viejo en botellas nuevas. En Avances. Revista de la Asociación colombiana de psiquiatría biológica. Vol. 3, 2002.

Niemeyer Robert ed. Meaning, reconstruction and the experience of loss, American Psychological Association, Washington 2005.

O'Hanlon, Hill. Pathways to spirituality. Norton New York. 2006.

Papalia E. Diane, psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia, editorial Mc Graw Hill, novena edición, año 2005.

Pedersen Duncan. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Junio de 2005.

Pérez-Sales Pau. Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid), Grupo de Acción Comunitaria. Emociones Positivas, Trauma Y resistencia, Vásquez Corneliom Universidad Complutense de Madrid, 2003.

Pérez-Sales Pau. Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid), Grupo de Acción Comunitaria. Emociones Positivas, Trauma Y resistencia, Vásquez Corneliom Universidad Complutense de Madrid, 2003.

Pérez Sales, Pau. Salud mental, violencia política y catástrofes. En: Psiquiatría y Sociedad. La Salud Mental frente al cambio social. Compilador Alfonso Rodríguez. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Universidad El Bosque. Bogotá. Julio de 2007. Páginas 75-109.

Pérez Sales, Pau (Ed.). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Biblioteca de Psicología. Nuevas psicoterapias. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 2006. Bilbao, España.

Rodríguez G., Alfonso. Conceptos y herramientas para el acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia. En Psiquiatría y Sociedad. La Salud Mental frente al cambio social. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Universidad El Bosque. Bogotá. Julio de 2007. Páginas 141-166.

Rodríguez G., Alfonso. Elementos conceptuales para la prevención del suicidio en Colombia. Documento de trabajo. Facultad de Medicina. Universidad El Bosque. 2006.

Saldaña Iglesias Margarita, Trauma social y memoria colectiva, HAOL, número 6, 2005.

Shaleu A, Traumatic stress: Stress versus traumatic stress, from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. New York 1996.

Tezanos Aracelly, Etnografía de la etnografía. Editorial Anthropos.

Wahl Otto F. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia bulletin, Vol. 25, No 3, 1999.

Walsh Fromma. Strengthening Family Resilience. The Guilford Press, 2002, New York.

Yehuda Rachel. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder, American Psychiatric Press, Washington 2005.

Y. M. Lai, C P H Hong, C Y I Chee. Stigma of Mental Illness. Singapore Med J 2000 Vol. 42(3) : 111-114

Esta publicación es
de carácter educativo

Está prohibida su venta
y comercialización