

2. CREACIÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN PSICOSOCIAL COMUNITARIA (CIAPSC), CEAD FLORENCIA

CREATION CENTER
FOR COMMUNITY
PSYCHOSOCIAL RESEARCH
AND ACTION (CIAPSC),
CEAD FLORENCE





Fabio Andrés Almario Castañeda³
Diana María Ramírez Otalvaro⁴

3 Docente, Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades (ECSAH), Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), CEAD Florencia.

4 Docente, Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades (ECSAH), Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), CEAD Florencia.



RESUMEN

La realidad psicosocial presente en el territorio colombiano, en particular en la ciudad de Florencia, donde la población que la habita en su mayoría se establece en la línea de vulnerabilidad y desplazamiento producto de un conflicto armado que ha afectado a gran parte del territorio nacional, es una situación producto de diversos factores históricos, económicos, políticos y sociales, que han afectado las posibilidades de acceder a los diferentes servicios como educación, salud y acceso a la atención psicológica. Es importante por ello identificar los principales factores psicosociales a los cuales estamos expuestos, su reconocimiento nos permite tener una idea de nosotros mismos y por tanto realizar acciones para reducir sus efectos, aprender a identificarlos y poderlos abordar en forma asertiva. Permitir al individuo conocerse a sí mismo y a su comunidad, es perentorio para dar solución a sus problemas y lo más importante, conocer e identificar a qué se enfrenta, cuáles serán sus consecuencias y cómo actuar para disminuir esos efectos. Presentamos este documento con la trayectoria y origen de creación del CIAPSC.

Palabras clave: psicosocial, CIAPSC, comunitario, psicología, conflicto armado, vulnerabilidad.



SUMMARY

The psychosocial reality present in the Colombian territory, particularly in the city of Florencia, where the majority of the population that inhabits it is established in the line of vulnerability and displacement as a result of an armed conflict that has affected a large part of the national territory, it is a situation resulting from various historical, economic, political and social factors, which have affected the possibilities of accessing different services such as education, health and access to psychological care. It is therefore important to identify the main psychosocial factors to which we are exposed, their recognition allows us to have an idea of ourselves and therefore take actions to reduce their effects, learn to identify them and be able to address them assertively. Allowing the individual to know himself and his community is imperative to solve his problems and most importantly, to know and identify what he is facing, what its consequences will be and how to act to reduce those effects. We present this document with the trajectory and origin of the creation of the CIAPSC.

Keywords: psychosocial, CIAPSC, community, psychology, armed conflict, vulnerability.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Atención Psicosocial (CAP) es un proyecto institucional de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), destinado a brindar atención psicológica y psicosocial a población víctima del desplazamiento armado y población vulnerable de Florencia y demás municipios que integran el departamento del Caquetá.

En un contexto como el departamento del Caquetá, donde existe tanta necesidad psicosocial por parte de la población, donde hay pocos programas y proyectos institucionales articulados a una política pública ajustada a las necesidades reales de sus habitantes, donde las instituciones responsables de la salud mental delegan a contratistas que sobre la premisa de acciones inmediatistas y cortoplacistas desarrollan actividades improvisadas y monotemáticas. Para hacer atención psicosocial en la población, toma importancia el hecho de llevar a cabo una iniciativa social que, desde la academia, logre atender las necesidades psicosociales de la población en situación de desplazamiento y vulnerabilidad.

Este centro ha tenido, desde sus orígenes, la intención de brindar apoyo y acompañamiento psicosocial a la población en situación de desplazamiento y vulnerabilidad de la ciudad de Florencia, afectada de manera grave por el conflicto armado interno; también por condiciones socioeconómicas desfavorables que se convierten en factores de riesgo para la aparición de situaciones negativas a nivel de la salud mental. Es así como el CIAPSC ejerce funciones de atención psicosocial a población en situación de desplazamiento y vulnerabilidad; utilizado como sitio de prácticas profesionales, donde los estudiantes del programa de Psicología de la UNAD tienen la oportunidad de poner en contexto real las capacidades epistemológicas y teóricas del programa de Psicología y donde las instituciones educativas han encontrado un importante aliado para el proceso psicosocial de sus estudiantes.

Gracias a los convenios de cooperación firmados entre la OIM y la UNAD, y Médicos Sin Fronteras (MSF), y la UNAD en su fase inicial, se ha venido realizando un ejercicio de sistematización de la experiencia vivida desde el Centro de Atención Psicosocial (CAP) de la UNAD Florencia, relacionada con la atención de la población en situación de desplazamiento y población vulnerable del Caquetá.

El Centro de Atención Psicosocial (CAP), proyecto institucional de la UNAD Florencia, se ha convertido en el principal referente de atención psicosocial a la población

desplazada y vulnerable de esta parte del país, en la medida que dentro de la institucionalidad local y regional no existe un lugar que atienda las necesidades de la población desde el punto de vista psicosocial, y mucho menos que ese servicio sea un medio para el restablecimiento y el goce efectivo de sus derechos.

De acuerdo con la publicación Hechos de Paz, del programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2011), casi cuatro millones de colombianos requieren atención psicológica y psicosocial, producto de la violencia armada que continúa rampante en nuestro país. El reconocimiento de la existencia del conflicto armado y la intención de resarcir el daño cometido a las víctimas fue lo que permitió que el Gobierno colombiano, en un acto de consciencia y reconocimiento de dicha situación, sancionara el 10 de junio de 2011 la Ley de Víctimas; hecho que fue celebrado por Naciones Unidas como un compromiso del Gobierno colombiano con los derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario. Este hito, en materia de derechos humanos, permite resarcir situaciones que agravan la condición de vulnerabilidad social de este grupo poblacional, tales como que la atención psicológica no está considerada dentro de la atención primaria en salud, constituyendo en sí mismo una barrera de acceso a los servicios básicos, como lo son la atención psicológica y la salud mental.

Es importante tener en cuenta que en Caquetá se hace necesario aportar desde la academia fortalecer la salud mental, como lo hace el CIAPSC de la UNAD en su componente de apoyo y atención psicosocial, que atiende de manera efectiva las necesidades de la población civil afectada mentalmente por las particularidades del entorno.

PRIMER MOMENTO: NACIMIENTO DEL CAP

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), mediante Decreto 2770 del 16 de agosto de 2006 se transforma en ente autónomo universitario, con régimen especial en los términos de la Ley 30 de 1992. Es la única entidad pública del sistema universitario colombiano que opera exclusivamente bajo la modalidad de Educación Abierta y a Distancia (EAD). Dentro de su estructura organizacional, uno de los pilares institucionales lo constituye la Vicerrectoría de Desarrollo Regional y Proyección Comunitaria, encargada de velar por la proyección social de la universidad a través del desarrollo de proyectos bajo la modalidad de convenios interadministrativos.

Desde este marco institucional, y gracias al apoyo de la Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades donde corresponde el programa de Psicología, ya que la UNAD-CEAD Florencia gesta el proyecto Centro de Atención Psicosocial (CAP), el cual

nace con el propósito de brindar un espacio para la atención de las problemáticas psicosociales que afectan a la población del municipio de Florencia y el Caquetá. De igual manera, se busca que el proyecto sirva de estrategia pedagógica para la formación de estudiantes de la carrera de Psicología en cuanto al desarrollo de competencias relacionadas con consejería y terapia psicológica. En razón a esta idea, dispone dentro de sus instalaciones físicas de una zona amplia con el fin de ser aprovechada como sitio para el desarrollo del proyecto.

De forma coyuntural, en febrero de 2009, la ONG internacional Médicos Sin Fronteras (MSF), siguiendo los lineamientos de su política interna, estaba en la tarea de buscar un aliado institucional local al cual pudiera cederle su proyecto de salud mental, que en su momento cumplía seis años de desarrollo en el Caquetá, y que consistía en brindar atención médica y psicológica a víctimas de desplazamiento por conflicto armado. Esta situación de MSF coincidió con la iniciativa de creación del CAP por parte de la UNAD, y fue así como se firmó el convenio interinstitucional MSF – UNAD a partir del cual la primera se comprometía a acondicionar el espacio físico dispuesto por la segunda para la construcción de consultorios destinados a la atención de su población, a la vez que hacían transferencia de su modelo de atención clínica al equipo humano dispuesto por la UNAD para continuar con el proceso de atención.

Imagen 1. CAP Florencia.



Fuente: autores

Imagen 2. CAP Florencia.



Fuente: autores.

Imagen 3. CAP Florencia.



Fuente: autores

Una vez realizado el empalme entre el equipo de profesionales y acondicionado el sitio con dos consultorios y una oficina para garantizar su funcionamiento, el 15 de mayo de 2009 se realizó el evento inaugural del CAP ante instituciones oficiales, las ONG internacionales y demás entidades que tienen presencia en la oferta institucional local, resaltando la idea que el CAP, a partir de ese momento, nacía como el nuevo-único punto de referencia para la atención psicológica de la población desplazada en Florencia y el Caquetá.

El convenio UNAD – MSF fue firmado por seis meses (mayo a noviembre de 2009), y se pactó que fuera atendido por dos psicólogos (cada institución suministró un recurso humano), donde uno de ellos hacía la labor de coordinador y terapeuta, mientras que el otro recurso estaba dedicado de manera exclusiva a la atención. Para lograr el reconocimiento tanto de la institucionalidad del CAP de la UNAD ante la comunidad local se implementaron varias estrategias y acciones que consistieron en:

- Visita a cada una de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD) para dar a conocer el proyecto y promover el proceso de remisión de usuarios al CAP.
- Visita a los medios de comunicación escritos, radiales y televisivos con el fin de dar a conocer el CAP como nuevo-único punto de atención psicológica a la población del departamento.
- Articular el CAP con el programa de prácticas profesionales del programa de Psicología de la UNAD, donde las estudiantes, haciendo sus prácticas en las instituciones, detectaban y enviaban a los usuarios que requerían apoyo psicosocial. Esta estrategia fue de vital importancia para el posicionamiento del CAP en el contexto regional y local, pues fue la manera en que se formalizó el proceso de remisión de la población por parte de las instituciones.
- Participación en los comités departamentales y municipales de atención a la población desplazada.
- Participación en los comités departamentales y municipales de política social.
- Impresión de volantes, afiches y pendones, los cuales se distribuían en diferentes escenarios donde asistiera la población objeto de atención.

El CAP (2009) presenta resultados de la atención brindada a la población usuaria du-

rante el periodo de mayo a noviembre del mismo año, bajo el modelo de MSF. Los resultados permitieron tener una primera aproximación a las características generales de la población sujeto de atención, a la vez conocer las respuestas y comportamientos de estos con relación a la permanencia y compromiso con el proceso terapéutico.

Fue significativo que el CAP, en seis meses, brindara atención psicológica a 144 personas, relacionada con el alto índice de reconocimiento que MSF tiene dentro de la comunidad local y regional, en especial con la población desplazada por el conflicto armado. Una parte de sus usuarios, atendidos en su centro de salud mental, siguieron su proceso de atención en el CAP. Otra parte fueron remitidos desde la Unidad de Atención y Orientación a la Población desplazada (UAO), pues allí MSF brinda orientación psicosocial directa a la población que asiste a solicitar los servicios de la UAO y los demás usuarios provenían de los convenios establecidos entre la UNAD y las entidades que hacen parte de la oferta institucional a la población desplazada.

Los resultados reflejan una de las consecuencias psicosociales del desplazamiento, y es la relacionada con el cambio de roles en los miembros de la familia. Muchos estudios psicosociales sobre el tema confirman que el hombre termina asumiendo un papel secundario, más operativo y seguidor, y en su defecto es la mujer quien toma el liderazgo familiar y social, como estrategia para buscar fuentes de satisfacción de sus necesidades. Esto explica en parte la diferencia que existió entre hombres y mujeres que solicitaron los servicios del CAP beneficiarios, provenientes principalmente de los estratos uno y dos, aspecto que confirma el cumplimiento de su misión institucional.

Según el nivel de escolaridad de la población que accedió a los servicios del CAP, los grados de primaria y secundaria fueron los de mayor participación y algunos de ellos dejaron sus estudios sin terminar. Se evidencia que los usuarios presentaban condición de soltería o unión libre, aunque parte de la realidad que se identificó en la consulta fue que hacían parte de familias mononucleares o hijos de madres solteras.

Se evidencia que quienes acudieron o solicitaron los servicios del CAP fueron principalmente estudiantes de instituciones educativas de la ciudad de Florencia, luego trabajadores informales, amas de casa y desempleados. Los principales factores de riesgo asociados a la población atendida en el CAP fueron los casos relacionados con violencia doméstica, problemas familiares y desplazamiento forzado. La gran mayoría presentaron también situaciones precarias en términos económicos y sociales, tales como habitar en barrios marginales de la ciudad y no contar con recursos para cubrir las necesidades básicas individuales y familiares.

Los problemas de pareja fueron el principal motivo de consulta, seguidos por los trastornos de ansiedad, de conducta y otras dificultades que requerían la consejería psicológica como recurso de asesoría e intervención. En los aprendizajes obtenidos, los seis meses del proyecto CAP UNAD Florencia – MSF permitieron consolidar una iniciativa territorial de atención psicosocial a la población desplazada y vulnerable, acerca de los servicios y beneficios a los cuales tienen derecho.

Uno de los primeros aprendizajes adquiridos fue que se hizo evidente, en la población desplazada del Caquetá, la existencia de un analfabetismo generalizado respecto a lo que significa tener salud mental o bienestar psicosocial. Las víctimas de desplazamiento sí consideran importante solicitar una cita médica y asistir donde el especialista por un dolor corporal que las aqueja, pero este mismo nivel de importancia e interés no se presenta cuando de emociones, sentimientos y pensamientos se trata; en otras palabras, los servicios médicos son solicitados por las personas como prioritarios, pero sentir tristeza, angustia o sufrimiento por la pérdida de un ser querido “es algo que solito va pasando”, reconocieron algunos.

Por ello, inicialmente, muchas de las consultas fueron resultado de la remisión hecha tanto por MSF como por las estudiantes en práctica de Psicología dentro de las instituciones, más que por iniciativa de los mismos usuarios. Pero, una vez en consulta con el psicólogo, reconocían la importancia y los beneficios obtenidos, pues era evidente que contarle a alguien los problemas ayudaba a sentirse mejor.

El segundo aprendizaje está relacionado con el anterior, y es el hecho de que si la población desconoce las implicaciones que tiene la salud mental en su vida, gran parte de ese resultado es producto de la poca o ninguna importancia que las instituciones responsables de la salud mental y la atención psicosocial dan al tema.

SEGUNDO MOMENTO: PROYECTO CA0053: ACOMPAÑAMIENTO A LA ESTRATEGIA “UAO AL BARRIO”

La Alcaldía de Florencia, la UNAD y la Fundación Alcatraz, como operador del Proyecto CA0053, dieron inicio al convenio el 4 de diciembre de 2009, proyecto denominado “Acompañamiento psicosocial a la estrategia UAO al Barrio”, para la atención de la población desplazada del municipio de Florencia, Caquetá. El propósito fundamental fue el de acercar toda la oferta institucional local a la comunidad, con el fin

de llevar a cabo los trámites, procedimientos y registros pertinentes para lograr que las personas accedan a los servicios que les brinda el Estado.

Imagen 4. Carteles de promoción jornada del Programa “U.A.O” Unidad de Atención y Orientación a la Población desplazada, Convenio CA-0053 del Barrio Alcatraz.



Fuente: autores

Además de seguir prestando el servicio de atención psicológica a la población en las instalaciones del CAP, el equipo de trabajo, esta vez financiado por la OIM, acompañó el desarrollo de diez jornadas UAO al Barrio brindando el servicio de consejería psicosocial y atención de casos a nivel de primeros auxilios psicológicos, logrando así insertarse de manera activa dentro de las instituciones que conforman el SNAIPD para responder de forma efectiva a las necesidades psicosociales de la población.

La “UAO al Barrio” (2009) estaba liderada de manera directa por la coordinación de la UAO Florencia, quien se encargada de todo el proceso de diseño, planeación y ejecución de la estrategia. Vale la pena mencionar el compromiso y responsabilidad de las instituciones para con el desarrollo de esta, pues regularmente estas jornadas se desarrollaron los fines de semana buscando facilitar la participación y asistencia de todos los miembros de la familia y de esta manera acceder a la oferta institucional. A continuación, aparecen listados los barrios de Florencia donde se realizaron las jornadas, las instituciones que acompañaron permanentemente dicho proceso y la oferta de servicios por institución. La Tabla 1 hace referencia a las comunas y barrios donde se realizaron las jornadas. La Tabla 2 relaciona los servicios prestados por cada una de las instituciones que participaban en la jornada.

Tabla 1. Listado de jornadas “UAO al Barrio” realizadas 2009 y 2010

Jornada	Fecha	Barrio	Localidad	Total, personas atendidas
1	23-12-2009	Idema	Sur	400
2	13-01-2010	Brisas del Hacha	Norte	180
3	12-02-2010	El Timi	Occidental	120
4	12-03-2010	Yapurá	Sur	85
5	15-04-2010	La Ciudadela	Occidental	140
6	15-06-2010	San Judas Bajo	Oriental	250
7	16-06-2010	San Judas Bajo	Oriental	250
8	22-07-2010	I.E I.T. Industrial	Norte	110
9	28-08-2010	Nueva Colombia	Nororiental	250
10	28-08-2010	Nueva Colombia	Nororiental	150

Nota. Datos tomados de los archivos del CIAPSC-UNAD-CEAD-Florencia (2009).

Tabla 2. Oferta institucional realizada CIAPSC- CEAD Florencia en los años 2009 y 2010

Institución	Tipo de servicios
Hospital Comunal Malvinas	Vacunación para la población infantil, consulta medicina general.
Registraduría	Trámites de identificación personal.
SENA	Información y orientación sobre la oferta académica del momento.
ICBF	Orientación e información sobre los trámites relacionados con la protección de los derechos de los menores.
Secretaría Salud Municipal	Censo y recepción de solicitudes para ayuda humanitaria a población afectada por las inundaciones.
Acción Social	Orientación, recepción de solicitudes y trámites para inclusión en el SIPOD.
UAO	Información sobre los trámites y procedimientos para acceder a los servicios del Estado para la población en situación de desplazamiento.
UNAD – CAP	Orientación y atención psicosocial a la población afectada. Remisión al CAP de la UNAD para casos de mayor complejidad.
IDESAC	Información sobre trámites para los servicios de salud.
Caprecom	Oferta de servicios de salud subsidiada.
Asmet Salud	Oferta de servicios de salud subsidiada.
Policía Nacional	Brindar condiciones de seguridad para el desarrollo de la jornada.

Nota. Datos tomados de los archivos del CIAPSC-UNAD-CEAD-Florencia (2010).

Con el transcurrir del tiempo, el CAP, más que un proyecto institucional de la UNAD se ha convertido en toda una estrategia que pasó de ser exclusiva del componente académico de la universidad, a toda una estrategia social comunitaria de atención e intervención de las necesidades psicosociales de la población afectada por el conflicto armado y el desplazamiento en la región. De manera natural se ha alineado a los enfoques de derecho, de género y diferencial, gracias a las características heterogéneas de su población atendida. Se es consciente de la necesidad prioritaria que tienen las comunidades por recibir servicios que satisfagan sus necesidades psicosociales, razón por la cual se buscan permanentemente espacios de reflexión y mejoramiento al modelo de atención psicosocial con que se cuenta actualmente, buscando trascender la primera fase del CAP de atender lo psicológico, y llegar a una fase de aplicación del modelo, donde lo psicológico integra un sistema más amplio y complejo como lo es la dimensión psicosocial.

A continuación, se presentan los resultados cuantitativos y el análisis de la atención a la población.

Mediante la caracterización de la población, en el periodo 2 de diciembre de 2009 al 1 de octubre de 2010 se atendieron 215 usuarios, quienes por diferentes motivos requirieron servicios de asesoría y terapia psicológica. Estas personas fueron referidas desde la ruta de atención de las instituciones hacia el CAP, así como también, producto del desarrollo de las jornadas UAO al Barrio. Un 56 % de la población atendida en el CAP tiene la condición de ser desplazada; sin embargo, sucede también que muchos de los que aparecen como “no desplazados” lo son realmente, sino que su condición está en proceso de reconocimiento debido a los trámites y procedimientos que se llevan en las instituciones respectivas (Acción Social, etc.). Respecto a las variables en mención (género y estrato socioeconómico), los resultados obtenidos permiten apreciar que se sostiene la tendencia arrojada en los primeros datos del proyecto en el año 2009, es decir, que hubo predominancia en la consulta por parte de la mujer y que efectivamente el servicio siguió brindando cobertura a personas de bajos recursos económicos y en condición de vulnerabilidad de derechos.

Igual que en los resultados anteriores, la población presentó deficiencias en cuanto al logro de sus metas académicas, pues solo el 21 % son bachiller, y más del 50 % de la población no lograron culminar apropiadamente sus estudios. Esto en parte tiene una explicación y está dado por la condición rural de la que provienen los consultantes, pues se les da más prioridad a las actividades agrícolas que al hecho de ir a estudiar. La mitad de la población que consultó se define como soltero(a), seguida luego de quienes tienen conformada una familia, y en menor proporción por quienes

se han separado o han quedado viudos. Aunque el dato de soltero sea el mayor, la gran mayoría de los consultantes han tenido a cuestas una relación familiar, se han separado, y en el momento que consultaron se encontraban en esa situación de “soltería aparente”.

En el plano ocupacional, más del 50 % de la población no tiene una opción laboral o no cuenta con un trabajo formal y estable. Solo el 15 % goza de este beneficio. Por otra parte, los resultados permiten analizar que la población estudiantil tiene una demanda alta de los servicios del CAP, ya que más de un cuarto de la población solicitó ayuda a su situación personal o fue remitido por las diferentes instituciones a razón de sus dificultades de conducta.

Las carencias de recursos para cubrir sus necesidades básicas fueron el principal factor de riesgo psicosocial presente en la población atendida en el CAP, seguida nuevamente de problemas al interior de la familia, como también al desplazamiento como consecuencia del conflicto armado. De manera similar a los resultados encontrados en el 2009, los problemas de relación, principalmente en la red primaria, son las situaciones por las que mayoritariamente consultaron los usuarios del CAP durante el 2010. Le siguen las personas afectadas por estrés y quienes tienen dificultades con sus emociones y sus estados de ánimo.

Dentro de los aprendizajes obtenidos tenemos: la sinergia institucional que se logró gestar en cada una de las jornadas, la cual permitió realizar un “barrido” de las necesidades de la población, aunque de manera particular por cada institución y no en red.

El nivel de confianza y percepción positiva que se genera en la población gracias a la actitud de servicio y calidad en la atención de los funcionarios de las instituciones participantes. La construcción de espacios y escenarios incluyentes y democráticos, abiertos al ejercicio participativo de ciudadanía, con claros mensajes de convivencia pacífica y resolución efectiva de las diferencias.

TERCER MOMENTO: ESTRATEGIA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y GRUPOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA -CAQUETÁ

Una vez finalizado el proyecto UAO al Barrio, se dio inicio a la segunda etapa de financiación del CAP por parte de la OIM, la cual tendría una duración de nueve meses, comprendidos entre el 5 de octubre de 2010 y el 4 de julio de 2011. Se realizaron varias reuniones con el equipo de la OIM nacional con el fin de lograr una clara comprensión del concepto psicosocial y sus implicaciones dentro del proyecto. A partir del documento “Estrategia de acompañamiento psicosocial: Programa de atención a personas en situación de desplazamiento y grupos vulnerables” elaborado desde el área de educación y salud de la OIM, se tomaron en cuenta varios conceptos que enmarcaron el actuar del CAP dentro de la estrategia, los cuales se presentan a continuación:

- Acompañamiento psicosocial: conjunto de acciones articuladas para la realización progresiva del goce efectivo de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en situación de desplazamiento y sus comunidades mediante el desarrollo de capacidades individuales, familiares y colectivas.
- Es un eje articulador y puente entre los componentes, facilitando su integralidad.
- Programas psicosociales: soporte para el bienestar de las personas: acciones recreativas, consejería, actividades sociales y culturales.
- Niveles de respuesta psicosocial: estrategias de acompañamiento psicosocial con enfoque de derechos.

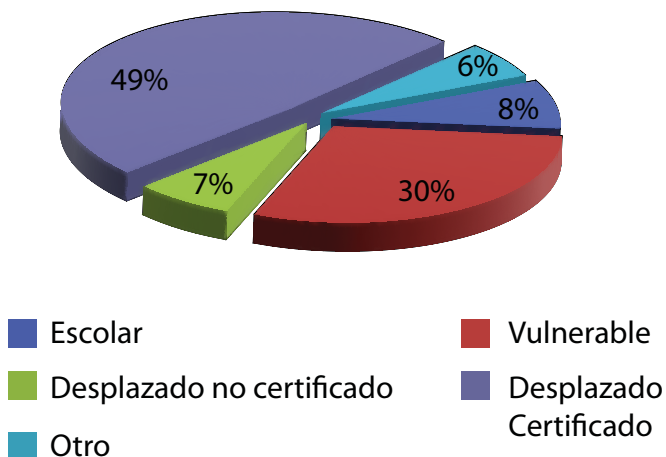
Con base en los anteriores conceptos, se logró un marco más amplio de actuación desde el CAP referente a la atención que hasta ese momento se venía prodigando a la población, pues el enfoque ya no solo estaba dado desde el punto de vista de lo psicosocial, sino que ahora se tomaba como referente un modelo de actuación basado en el goce efectivo de derechos, donde la atención psicosocial forma parte de los servicios de salud, en especial, de los relacionados con la salud mental y el goce efectivo de derechos.

A continuación, se presentan los resultados de la atención directa de los usuarios en el CAP, con este nuevo enfoque de acompañamiento psicosocial, que apuntan a identificar las principales características psicosociales de la población, así como también dejar en claro los aprendizajes con el desarrollo del proyecto.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA⁵

Durante los nueve meses de desarrollo del proyecto fueron atendidas 202 personas provenientes principalmente de fuentes institucionales, aunque también hubo quienes asistieron por iniciativa propia, gracias al reconocimiento alcanzado por el CAP a nivel local. Cabe resaltar que el CAP sigue siendo el único punto de atención psicológica a la PSDV que existe en el Caquetá, con gratuidad y rápido acceso al servicio, pues como se conoce el servicio de psicología está catalogado en el segundo nivel de atención, lo cual constituye en sí mismo una barrera de acceso a la población en la medida que la persona tiene primero que pasar por un médico general, para obtener la cita con un especialista en atención psicológica.

Figura 1. Variables: medios de adaptación.



Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

Entre los síntomas emocionales podemos mencionar episodios depresivos caracterizados por llanto frecuente, bajo estado afectivo, desinterés por las actividades cotidianas; como componentes cognitivos podemos referir pensamientos de minusvalía, pensamientos intrusivos en cuanto al evento traumático (desplazamiento), dificultades para concentrarse, pensamientos de desesperanza frente al futuro y pensamientos paranoides, en el componente conductual se presenta deterioro en cuanto a la actividad social, laboral o académica y como componente fisiológico se indica insomnio.

Con estas personas se trabaja en todos los canales de respuesta (cognitivo, emocional, fisiológico y motor), se movilizan recursos personales, familiares y sociales para el afrontamiento de la situación, se activan redes de apoyo familiar, social e institucional para facilitar la adaptación, se facilita la resignificación de cogniciones desadaptativas, se promueve la verbalización para facilitar la descarga emocional, se minimizan los factores estresores asociados a la situación de cambio, entre otros.

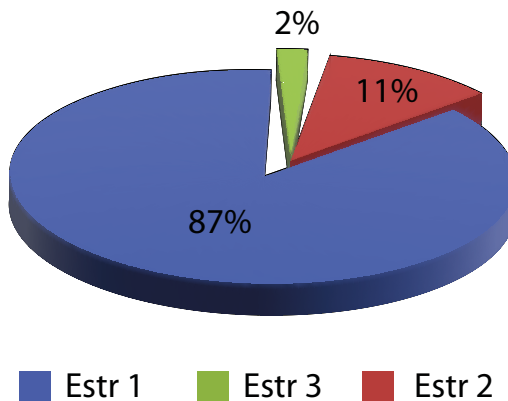
A las personas que reportan estar en situación de desplazamiento se les hizo la indagación pertinente acerca de los auxilios que ofrece el Estado, de la cual 98 personas, equivalentes al 49 % de personas en situación de desplazamiento, están certificadas; es decir, registradas en Acción Social, por lo cual accedieron a las ayudas humanitarias, tanto económicas como en bienes y servicios. A su vez 15 personas, equivalentes al 7 % de la población, a la fecha de consulta, no las habían recibido, debido a que recientemente habían llegado a la ciudad o simplemente por desconocimiento. Desde el CAP se les orienta y se les brinda la información necesaria sobre la forma de certificarse y acceder a los auxilios que ofrece el Estado.

Durante los nueve meses del proyecto se ofreció atención psicológica a 202 consultantes, de los cuales 120 son mujeres y 82 hombres. La tendencia de género en cuanto a la solicitud del servicio fue femenina, debido en parte a que culturalmente la mujer es la encargada de las necesidades afectivas de la familia, mientras el hombre es el responsable de las necesidades económicas del hogar. Adicional a esto, fueron ellas quienes tomaron la iniciativa de solicitar la atención psicológica, debido a que manifestaron (en el caso de problemas conyugales) ser menos conformistas que sus parejas y buscar orientación sobre su situación actual. En su gran mayoría, las madres solicitaron cita para sus hijos, debido a que refieren pasar más tiempo con ellos y estar más al tanto de las necesidades afectivas de su hogar o simplemente porque a sus parejas no les queda tiempo.

Algunas mujeres conocen la labor que desempeña el Centro de Atención Psicosocial (CAP), debido a que asisten a reuniones en la UAO, Pastoral Social, MSF, y ven en el apoyo psicológico un aliciente para sus inconvenientes a nivel personal y familiar.

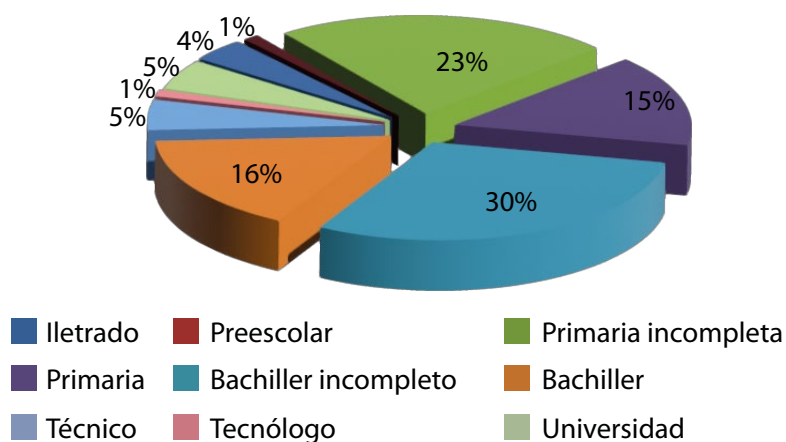
Igual que en los anteriores proyectos, la población usuaria de los servicios del CAP han sido grupos de personas con grandes necesidades socioeconómicas que buscan ayuda del Estado o de la institucionalidad local, para satisfacer sus necesidades psicosociales. Esto es representativo de la realidad en la cual está inmersa la población caqueteña, pues estudios psicosociales previos reflejan que un 85 % de la población se encuentra en los niveles socioeconómicos de miseria y pobreza, y solo un 15 % goza de oportunidades laborales para cubrir sus necesidades básicas. Estos resultados confirman la atención prodigada a la población sujeto del proyecto.

Figura 2. Estrato socioeconómico.



Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

En referencia a este ítem se puede afirmar que, de las 202 personas atendidas, 194 personas, un 96 %, han realizado algún grado de escolaridad, ya sea porque lo cursaron o lo están cursando. A los menores de edad que en consulta afirmaron no estar escolarizados, se les entregó ficha de derivación para ser tramitada ante la Secretaría de Educación Municipal y de esta forma dar continuidad a su proceso escolar.

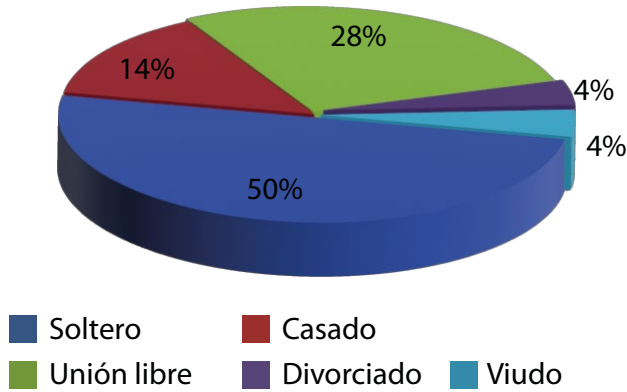
Figura 3. Nivel educativo.

Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

A los adultos que mencionaron esta misma condición se les exhortó a continuar con su proceso escolar mediante psicoeducación sobre la importancia de culminar sus estudios a nivel de básica y media secundaria; de igual forma para los adultos en condición de iletrados, mediante la modalidad de educación nocturna o sabatina. La totalidad de adultos mencionaron no estar interesados en esta opción, alegando razones como edad, tiempo y prioridad para sus obligaciones personales y familiares.

El 50 % de las personas mencionaron en el momento de consulta no poseer pareja, a su vez 85 personas dijeron sostener una relación de pareja estable (casados y en unión libre), en algunos casos mencionan que esta es de gran apoyo para superar sus inconvenientes y constituye un factor protector importante para el mismo fin. Además, aseguraron tener la percepción de seguridad, confianza y apoyo permanente, sin dejar de lado las diferencias esporádicas que se presentan en cualquier relación de pareja.

Figura 4. Estado civil.



Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

De otro lado, para algunos consultantes, la relación de pareja se convierte en su principal foco de estrés y preocupación, por lo cual sus casos fueron diagnosticados como problemas de relación conyugal, caracterizándose por patrones de comportamiento e interacción negativa, comunicación distorsionada o ausencia de la misma, baja o nula reciprocidad positiva, caracterizada por malestar a nivel emocional y conductual en el ámbito individual, familiar y social. Sumado a esto se presentan hechos de violencia intrafamiliar, es decir el maltrato a nivel físico, psicológico por acción negligente u omisión; en estos casos se aborda la problemática en forma individual, en pareja y familiar, asistiendo en presencia de sus hijos (si los hay) para abordar el conflicto de una forma integral.

En las consultas por conflictos de pareja se abordaron temas como resolución pacífica de conflictos, control de impulsos, manejo de la ira, comunicación asertiva, entrenamiento en reciprocidad, negociación, juego de roles, extinción, estilos atribucionales, tolerancia y silla vacía.

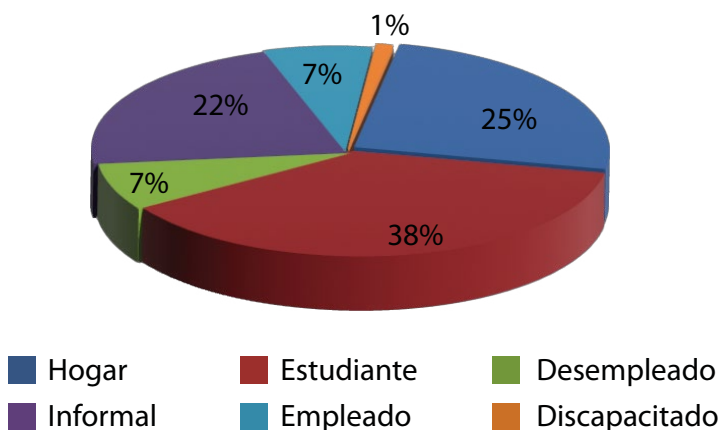
Adicional a lo anterior se realizaron sesiones conjuntas e individuales, en las cuales se trabajó prevención del maltrato, manejo de la ansiedad, autoestima, control de la ira, expresión de afecto, toma de decisiones, actitud frente al cambio, proyecto de vida, equilibrio entre el cambio y la aceptación, solución de conflictos por medio de juego de roles, la psicoeducación y el modelado.

Se presentaron casos en los cuales ambos o uno de los cónyuges deseaban un proceso de separación, debido a que en la pareja se venía presentando violencia intrafamiliar, para lo cual buscaron hacerlo de forma pacífica y madura; en este caso se realizan consultas en pareja, en familia y con los hijos explorando los puntos de vista de todos y cada uno de ellos, para así poder llevar a cabo este proceso de la forma menos traumática posible, propendiendo por el bienestar tanto emocional, psicológico y físico de la familia. De igual forma, se realizó un trabajo especial con el cónyuge que no deseaba la separación, el cual fue un proceso de reconocimiento y aceptación de la pérdida.

Algunas personas referían la condición “viudo” en su estado civil, casos en los cuales se consideró pertinente iniciar un proceso de afrontamiento del duelo; se trabajaron estrategias como psicoeducación en cuanto a las fases del duelo, facilitar la expresión de sentimientos, la normalización y remisión de síntomas emergentes, facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida, activación de redes de apoyo, proyecto de vida, reubicar emocionalmente a la persona fallecida, entre otros.

De las 202 personas atendidas en el CAP, solo 58 personas, 29 %, contaban con una actividad económica tanto a nivel formal como informal, desempeñando labores como profesor en colegio, mototaxista, secretaria, vendedor ambulante, vendedora en almacén, tienda familiar, celador, agricultor, estilista, entre otros.

Figura 5. Ocupación.



Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

Los 76 pacientes que se ubicaron en el ítem escolar son menores de edad escolarizados en el momento de la consulta, al igual que personas que no trabajan (formal o informalmente); consultantes provenientes de la UNAD, SENA, Uniamazonía e Instituciones Educativas.

14 personas afirmaron tener una actividad formal de empleo, gozando de prestaciones sociales; en este hecho no se evidencia correlación entre empleo formal y disfunción familiar.

A su vez, el 7 %, equivalente a 15 personas, expresó no sostener actividad económica alguna en el momento de consulta; refirieron haber desempeñado labores como maestros de construcción, descargue de madera principalmente (coteros), aunque estos oficios los desempeñan en forma esporádica; es decir, por temporadas o mientras dure la obra y pueden pasar largos periodos de tiempo sin empleo una vez culmine la misma, lo cual genera preocupación e incertidumbre en cuanto a la forma de subsistencia para sus familias. Al no sostener una actividad económica estable, se tiene la percepción de marginalidad social, puesto que el trabajo les permite crecer como familia a nivel social y hacer proyectos a mediano y largo plazo, tendientes al mejoramiento de su calidad de vida.

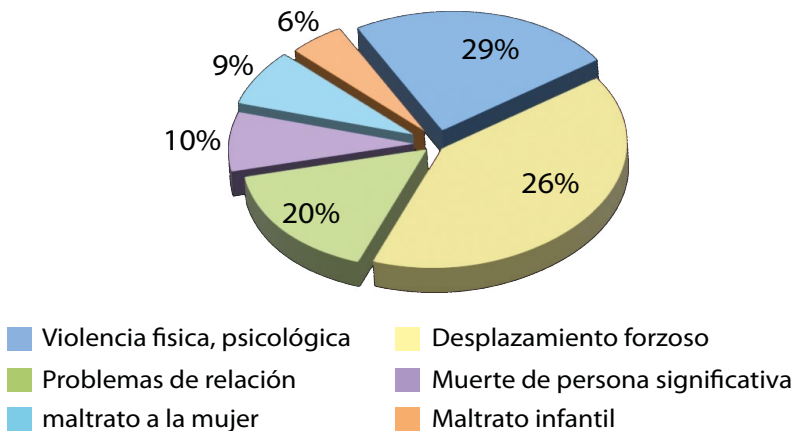
La variable desempleo opera como factor de riesgo para la disfunción familiar, ya que se traduce como una inevitable disminución de los ingresos, lo cual afecta el estilo de vida, pues se vive con la incertidumbre de no saber cuánto durará esta situación. En algunos casos, esta se traduce, cuando no se cuenta con estrategias de afrontamiento adecuadas, en violencia intrafamiliar, maltrato infantil y divorcio, además de preocupación excesiva y desesperación, componentes significativos para los comportamientos ansiosos y depresivos, dificultando su adaptación al medio y la posibilidad de responder en forma adecuada a las exigencias del medio.

Tres personas se clasifican en el ítem discapacitado, puesto que dos habían sido víctimas de minas antipersona y en un paciente de 80 años, cuyo diagnóstico es una demencia tipo Alzheimer, esa condición le genera ansiedad, sensación de minusvalía, depresión, cambios en el comportamiento e incertidumbre sobre el futuro. Con estas personas se trabaja en forma conjunta con la familia, para articular un trabajo integral, se abordan temas como aceptación del hecho, resignificación del evento traumático, establecimiento de nuevas metas y proyecto de vida, estrategias de control de la ansiedad, activación de redes de apoyo evitando el aislamiento social, pensamientos de culpa, entre otros. Adicional a esto se remite a neurología al paciente que presenta demencia.

Un factor de riesgo es toda situación o circunstancia que hace que aumenten las probabilidades para que una persona o grupo de personas presenten una problemática específica. En este sentido se puede hablar de los factores de riesgo psicosociales que afectan a la población consultante y que son los generadores de los síntomas que estos manifiestan. Podemos mencionar:

Exposición a violencia física, psicológica, 126 personas; es decir, todo lo concerniente a violencia intrafamiliar, maltrato físico, psicológico o negligencia; problemas en redes de apoyo (primaria y secundaria), 85 personas; es decir, problemas de relación paterno-filial, conyugal, entre hermanos y no especificado. Así mismo, como inconvenientes de relación a nivel comunitario; desplazamiento forzado, 113; muerte de persona significativa, 43; maltrato infantil, 26; maltrato a la mujer, 37.

Figura 6. Motivo de atención.



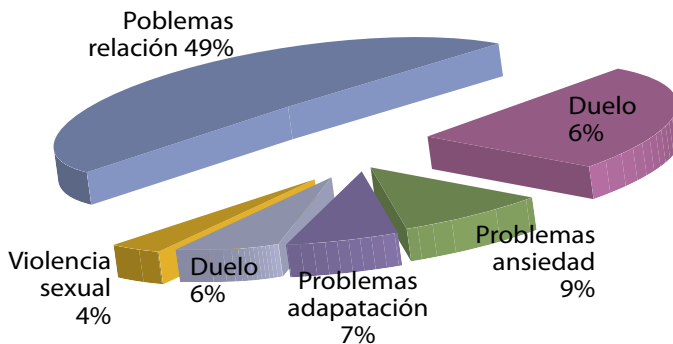
Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

Se realiza un abordaje completo en cuanto a las problemáticas y tópicos a tratar; en el caso de dificultades en redes de apoyo, algunas de estas consultas se realizaron en forma individual y conjunta. La labor desde el CAP consiste en dirigir u orientar a las personas dentro la ruta de atención institucional, para que logren recibir los servicios a los cuales tienen derecho, y de esta forma se contribuya al restablecimiento de estos.

Uno de los mayores problemas de tipo psicosocial con los que se enfrenta la población desplazada y vulnerable del Caquetá son las dificultades y los conflictos que se presentan en la red primaria, que en gran proporción hacen parte de las estadísticas

asociadas a violencia intrafamiliar, registradas en el CAVIF, dependencia de la Fiscalía General de la Nación, que atiende este tipo de delitos. Los testimonios de las personas afectadas por este tipo de situaciones relacionan que, además de la violencia armada que las afectó, y el hecho de dejar atrás sus tierras y sus pertenencias para llegar a un sitio desconocido, que por las precarias condiciones económicas en las que llegan deben buscar los barrios marginales de la ciudad para instalarse, el hacinamiento en el que les toca vivir y el hecho de no encontrar respuesta rápida en la institucionalidad local para satisfacer necesidades básicas, entre otros aspectos. Todas estas situaciones a las que se ven expuestas como familia, generan una presión insostenible que termina por crear conflictos internos que minan sus recursos en cuanto a su funcionamiento, cohesión y adaptabilidad, y frecuentemente la presión termina desencadenada en violencia intrafamiliar, maltrato y abuso en sus diferentes formas de manifestación.

Figura 7. Situaciones que se ven expuestas.



Fuente: datos obtenidos de: Registro de caracterización (CAP-CEAD-Florencia, 2009 a 2010).

El CAP como proyecto psicosocial desarrollado desde mayo (2009) a julio (2011) es un escenario que permite generar análisis desde diferentes perspectivas:

- En primer lugar, el CAP llena un vacío de la institucionalidad local en torno a la oferta de servicio de asesoría y terapia psicológica para la población víctima del conflicto armado, lo cual evidencia la frágil estructura que posee la red institucional del departamento para cubrir las necesidades psicosociales de la población en mención.
- Existe una dependencia de los entes oficiales a las acciones que organismos de cooperación internacional realizan en torno a la asistencia y ayuda humanitaria ofrecida a la población desplazada.

- Por más de una década el departamento del Caquetá ha sido azotado por la violencia armada, y por más que hayan pasado situaciones graves de afectación a la población civil, los entes oficiales y la gobernabilidad regional y local no han destinado tiempo, esfuerzos ni recursos económicos para establecer una infraestructura institucional que pueda soportar las demandas de forma oportuna y eficaz en cuanto a la atención de las necesidades de la población víctima afectada por el desplazamiento.

MOMENTO ACTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), se estima que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, constituyendo un problema importante de salud pública. Así mismo, aumenta el riesgo de padecer enfermedades que contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales, donde según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021) cerca de 100 000 personas mueren de suicidio cada año. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud Mental [ENSM] (2015) desarrollada por Gómez - Restrepo, la segunda causa de afección es la depresión, superada por las enfermedades cardiovasculares.

A partir del año (2011) el CAP se dinamiza y se transforma en el CIAPSC, incorporando el componente de investigación en la UNAD; con este pilar se propone dinamizar y fortalecer procesos sociales y comunitarios. A partir de este proceso, durante los últimos años se ha venido presentando una prevalencia de los trastornos mentales, los cuales son complejos y adoptan diferentes formas, lo que conlleva a una problemática de salud mental a nivel mundial, donde según Saloni Dattani, *et al.* (2018), citando a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), se estima que con 792 millones de personas en el mundo, una de cada diez padecen de cualquier trastorno de salud mental, equivalentes al 10.7 % de la población, donde el 9.3 % son hombres y el 11.9 % son mujeres, siendo las mujeres más propensas a padecerlo.

En Caquetá, según la Gobernación, se presentaron en 2017 cerca de 800 casos de salud mental, con mayor predominio en Florencia, San Vicente y Cartagena del Chairá. Evento que se ha incrementado en los dos últimos años, debido a la pandemia del COVID-19. Situación por la cual se ha venido desarrollando la atención desde el CIAPSC a la población vulnerable y universitaria que acudió durante la misma, para la atención en situaciones de crisis, como depresión, ansiedad, estrés, violencia intrafamiliar, irritabilidad, crisis económica y manejo de duelo, por algunos casos fortuitos

como la pérdida de familiares, donde la UNAD realiza apoyo a nivel psicosocial, emocional, cognitivo y comportamental.

De acuerdo con lo anterior, es necesario realizar la atención según las necesidades del servicio para la prevención y abordaje de problemáticas psicológicas que incluyen psicopatologías o problemáticas actuales del entorno, brindando atención en salud mental, y conductual continua e integral a individuos y familias, desde la práctica basada en la investigación, bajo el quehacer psicológico, deontológico y bioético, regido por la Ley 1090 (2006).

Mediante la institución se inicia el proceso de intervención a través de la modalidad presencial y como opcional telemedicina a través de las TIC, conforme a las directrices de la institución que cuenta con los recursos humanos y físicos, que permiten el desarrollo óptimo del proceso de atención, debido a la situación actual de la COVID-19 que vive nuestro país.

El objetivo de la atención es aportar a la sociedad una atención integral en salud mental, mejorando la calidad de vida de las personas. De otro lado, las dos modalidades favorecieron el conocimiento acerca de la alianza terapéutica para el óptimo desarrollo de los objetivos, así como la importancia de establecer normas y acuerdos dentro de la consulta mediada por las Tecnologías de la Información y Comunicación y planta física. Entre ellas, la asignación de horarios de atención específicos, respeto por los tiempos destinados a las sesiones, orientación sobre los protocolos, aseguramiento de un contexto de atención confidencial, privado, consistente y profesional; diseño de un espacio de atención sensible a las diferencias culturales, asegurando la privacidad para evitar autorrevelaciones no intencionales; utilización de un lenguaje profesional en todas las comunicaciones, que incluya la promoción del servicio sistematizado. Lo anterior debe ser consistente con la imagen digital.

Por consiguiente, se vio la necesidad de que se pudiese tener acceso de forma fácil, oportuna y gratuita. Este es un desencadenante, de no ser detectadas e intervenidas a tiempo, lo que contribuye a un aumento en el deterioro de nuestra salud mental; por tal motivo se fundamenta bajo las políticas públicas donde surja la necesidad de brindar apoyo de manera promocional de la salud y prevención de la enfermedad, mediante estilos de vida saludable bajo los modelos y teorías, estilos y estrategias de afrontamiento, manejo del estrés, personalidad, conductas saludables, resiliencia, adaptación a entornos y redes sociales como mejora del ambiente comunitario. Para ello, es importante trabajar por etapas que permitan restablecer ambientes a través de la psicoeducación, la atención en crisis para el restablecimiento del equilibrio

emocional, donde según Slaikeu (1996) pueden ser esperables o circunstanciales (accidentales, inesperadas o imprevisibles), como medida prioritaria, y el uso de otros recursos como servicios en línea que puedan llegar a cada uno de los sitios donde las oportunidades son más difíciles y que esto no sea una barrera para abordar situaciones que ponen en riesgo el bienestar psicológico de las personas.

Así mismo, tener balance con la vida personal y profesional, recordando que las conductas no colaborativas, agresivas o resistentes del consultante son una muestra de las problemáticas por las que se consulta y son información valiosa; y finalmente, evitar relaciones duales a nivel electrónico con los consultantes, (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos, 2020).

De allí surge la necesidad de hacer uso de estos servicios, pero que contribuya en un seguimiento, brindando a la comunidad la capacidad de afrontar las diferentes situaciones, como estrategias de afrontamiento en la toma de decisiones, resolución de conflictos y control y regulación emocional, generando ambientes más saludables, siendo esto un trabajo en equipo debido a la alta tasa que demanda un país como Colombia, la cual ha sido víctima del conflicto armado por más de 60 años en guerra, pero que debemos generar consciencia de corresponsabilidad.

Por último, se establecerá un servicio de atención a la comunidad a través de un centro de escucha, que se llevará a cabo mediante aliados estratégicos como la Alcaldía, cooperantes internacionales, las Empresas Sociales del Estado (ESE) y demás instituciones públicas y privadas.

Se concluye que tanto la teoría como la investigación siguen una línea similar de factores psicosociales que inciden en el desarrollo multidimensional, en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales, donde se busca con mayor fuerza la afirmación de que las condiciones y los estilos de vida constituyen variables significativas que modifican el momento de aparición y el curso de las condiciones adversas, para lo cual la familia constituye el contexto principal y una de las redes de apoyo fundamental y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros. Y es el contexto social primario que desde el accionar del CIAPSC, desde múltiples tipos y contextos poblacionales, lo convierte en un escenario para el desarrollo humano de las regiones, aportando en el mejoramiento de la calidad de vida y contribuyendo a las necesidades sentidas de las comunidades y visibilizando el sentido social-comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Colombiana de Facultades de Psicología [ASCOFAPS] y Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC]. (2020). *Telepsicología sugerencias para la formación y el desempeño responsable*. https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Telepsicologia_web.pdf

Castaño, J. P. (2011). *Experiencia de atención psicosocial a la población desplazada y vulnerable del departamento del Caquetá desde el Centro de Atención Psicosocial [CAP]*. Programa de acompañamiento psicosocial para población desplazada y grupos vulnerables. OIM-UNAD.

Gobernación del Caquetá. (2017). *Salud mental, tema de interés en salud pública*. <https://www.caqueta.gov.co/noticias/salud-mental-tema-de-interes-en-salud-publica>

Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2015). La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 1-1.

Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial N°. 46.383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Temas de salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Temas de salud mental: depresión*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OIM. (2010) *Estrategia de Acompañamiento Psicosocial para población en situación de desplazamiento y grupos vulnerables*. Informe técnico.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *“Salud mental”*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2011). *Hechos de paz*. PNUD, 61.

Saloni, D., Hannah, R. y Max, R. (2018). "Salud mental". OurWorldInData.org. <https://ourworldindata.org/mental-health>

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. Manual Moderno.