

**FACTORES DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN POBLACION
DESMOVLIZADA RESIDENTE EN BUCARAMANGA**

**SOLANGEL VILLAMIZAR MÉNDEZ
LUIS FRANCISCO GARZÓN MUÑOZ**

Trabajo de Grado realizado para optar al Título de Especialistas en Psicología
Clínica y de la Salud

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
Bucaramanga, Junio de 2011**

**FACTORES INTERVINIENTES EN LA SALUD MENTAL POSITIVA DE
LA POBLACION DESMOVILIZADA RESIDENTE EN BUCARAMANGA**

**SOLANGEL VILLAMIZAR MÉNDEZ
LUIS FRANCISCO GARZÓN MUÑOZ**

Trabajo de Grado realizado para optar al Título de Especialistas en Psicología
Clínica y de la Salud

**Trabajo de Grado Dirigido por:
Dra. PATRICIA DÍAZ GORDON**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
Bucaramanga, Junio de 2011**

**FACTORES INTERVINIENTES EN LA SALUD MENTAL POSITIVA DE
LA POBLACION DESMOVILIZADA RESIDENTE EN BUCARAMANGA**

	Pg.
Resumen	7
Introducción	8
Planteamiento del Problema	10
Objetivos	13
<i>Objetivo General</i>	13
<i>Objetivos Específicos</i>	13
Marco Teórico	14
<i>Antecedentes Investigativos</i>	14
<i>Salud Mental Positiva y desmovilizados</i>	14
<i>Salud Mental</i>	14
<i>Psicología Positiva</i>	18
<i>Características de la Psicología Positiva</i>	20
<i>Criterios de Salud Mental Positiva</i>	25
<i>Planteamientos de Teresa Lluch</i>	39
<i>Desmovilización y Reinserción</i>	52
Metodología	63
<i>Variable de Estudio</i>	63
<i>Diseño de Investigación</i>	65
<i>Participantes</i>	65

<i>Instrumento</i>	65
<i> Escala de Salud Mental Positiva</i>	66
<i>Procedimiento</i>	72
Resultados	72
Discusión	88
Recomendaciones	94
Referencias	94
Apéndices	99

Lista de Apéndices

	Pg.
<i>Apéndice A. Consentimiento Informado</i>	100
<i>Apéndice B. Escala de Salud Mental Positiva</i>	101
<i>Apéndice C. Gráfico Satisfacción Personal</i>	104
<i>Apéndice D. Grafico Actitud Pro social</i>	105
<i>Apéndice E. Grafico Autocontrol</i>	106
<i>Apéndice F. Grafico Autonomía</i>	107
<i>Apéndice G. Resolución de Problemas y Autoactualización</i>	108
<i>Apéndice H. Habilidades de Relaciones interpersonales</i>	109

Lista de Tablas

	Pg.
<i>Tabla 1. Factores de la Salud Mental Positiva</i>	65
<i>Tabla 2. Distribución de la Muestra por Género</i>	74
<i>Tabla 3. Distribución de la Muestra por edad, género y estrato</i>	74
<i>Tabla 4. Tabla de Frecuencia</i>	76
<i>Tabla 5. Factor Satisfacción Personal</i>	77
<i>Tabla 6. Factor Actitud Prosocial</i>	78
<i>Tabla 7. Factor Autocontrol</i>	78
<i>Tabla 8. Factor Autonomía</i>	79
<i>Tabla 9. Factor Resolución de Problemas y Autoactualización</i>	80
<i>Tabla 10. Factor Habilidades de Relaciones interpersonales</i>	81
<i>Tabla 11. Autonomía</i>	83
<i>Tabla 12. Resolución de problemas</i>	84
<i>Tabla 13. Habilidades de Relaciones interpersonales</i>	86

Resumen

Esta Investigación tuvo como objetivo determinar los Factores que componen la Salud Mental Positiva de un grupo de población desmovilizada residente en el municipio de Bucaramanga, a través del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Teresa Lluch (1.999). Para tal fin, se empleó una Muestra de 30 sujetos Desmovilizados, con un rango de edad entre 25 a 36 años. El cuestionario evalúa seis factores: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y Autoactualización y Habilidades de Relación Interpersonal; para la validez de criterio se emplearon el cuestionario de Salud General de Goldberg (1972), y variables de salud física y mental. La validez de constructo se realizó mediante un análisis factorial exploratorio, aplicando una rotación Oblimin; Se analizan también las correlaciones entre factores, con el SPSS versión 8.0.

Abstract

This research aimed to determine the factors that make up the Positive Mental Health by a group of demobilized population living in the city of Bucaramanga, through the Mental Health Questionnaire Positive Teresa Lluch (1999). To this end, we used a sample of 30 subjects demobilized, with an age range between 25 to 36 years. The questionnaire assesses six factors: personal satisfaction, Prosocial Attitude, Self, Autonomy, Problem Solving and Self-actualization and interpersonal skills; for the validity of criteria used were the General Health Questionnaire Goldberg (1972), and physical health variables and mental health. Construct validity was performed by an exploratory factor analysis, using a rotation Oblimin, are also examined correlations between factors in SPSS version 8.0.

Introducción

El presente trabajo se encuentra adscrito en la línea de investigación Calidad de Vida y Psicología de la Salud, perteneciente al grupo de investigación Calidad de Vida y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Con este nuevo proyecto se pretende entender y comprender el manejo de la salud mental de los sujetos en condición de desmovilización.

Es importante hacer un poco de memoria acerca de cómo Colombia se convirtió en uno de los países que vive aún uno de los conflictos más prolongados en la historia. Si se habla únicamente del nacimiento de grupos de Autodefensas los estudios datan tres espacios históricos; el primer momento el periodo de la violencia donde la iniciativa de su creación fue el estado, el segundo momento se desarrolla durante la época de los ochenta hasta 1997, cuando se consolida el paramilitarismo en el territorio nacional bajo un proyecto no unificado, sobresaliendo la consolidación de múltiples estructuras que correspondían a intereses locales y particulares y el último momento comienza a partir de 1997, cuando se unifican varias fuerzas autónomas surgidas regionalmente bajo un solo proyecto liderado por las fuerzas del narcotráfico (Análisis político N° 58, 2006, p. 92-111).

Sobre el año de 1980, la intensidad del conflicto armado en Colombia se hace bastante abrumadora y los niveles de violencia aumentaron exageradamente, por los continuos enfrentamientos entre guerrilla, paramilitares, y el ejército. Los ataques de grupos al margen de la ley a la población civil, incluían dentro de sus prácticas los homicidios, masacres, secuestros, extorsiones y ataques continuos a la infraestructura de los entes regulatorios (Sánchez y Gómez, 2005).

Durante el Gobierno del Doctor Álvaro Uribe Vélez, se producen cambios cruciales: El proceso de paz con las Autodefensas Unidas de Colombia AUC, las desmovilizaciones voluntarias de integrantes de grupos armados, la liberación y rescate de los secuestrados, fueron sido hechos distintivos durante la fase de cese de fuego. De acuerdo a las cifras de desmovilización en Colombia en el año del año 2003 a 2010, se han dado 16.987 desmovilizaciones individuales de guerrillas, 3.682 desmovilizaciones individuales de las AUC, 31.671 desmovilizaciones colectivas de las autodefensas y 45 desmovilizaciones colectivas de guerrillas, para un total de 52.385 desmovilizaciones durante los últimos siete años (<http://www.verdadabierta.com/la-historia/periodo4/desmovilizacion-y-desarme>)

Las cifras de desvinculaciones de menores de edad, en Colombia del año 2003 al 2010, han sido de 2801 desmovilizaciones individuales y 823 desmovilizaciones Colectivas, para un total de 3624 desmovilizaciones en los últimos siete años en población menor de edad.

De acuerdo a este número de desmovilizados, se da una etapa de pos-conflicto y es la readaptación a la vida civil, teniendo en cuenta las experiencias de violencia que trae todo episodio de guerra; estas experiencias de violencia a que a cualquier edad, y especialmente en los primeros años de vida donde dejan marcas físicas y de impacto psicológico.

De acuerdo a un estudio nacional de Salud Mental (citado por Posada, Villa, Aguilar, Magaña y Gómez, 2004), que se llevó a cabo en 25 departamentos de Colombia entre los que se encuentra Santander, con una muestra de participantes en edades que oscilan entre los 18 y 65 años; refiere que el 40,1% de la población colombiana reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más trastornos

mentales; alrededor de 8 de cada 20 colombianos, presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define a la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad" (2004). Su enunciado implicó un salto cualitativo, ya que desplazó el enfoque centrado en la enfermedad para pasar a un enfoque que pone su atención en la salud positiva. Por tanto, uno de los retos principales de la psicología del siglo XXI es ampliar su campo de acción y estudiar los mecanismos que promueven la salud con el fin de potenciar los recursos del porcentaje de personas sanas.

“Es importante señalar que la reintegración a la vida civil de estas personas está relacionada directamente con la convivencia pacífica y la reconciliación social, lo que se busca es la cooperación de todo un colectivo social para prosperar; todo lo anterior convierte los resultados a largo plazo de la reintegración en el factor más relevante para la estabilidad y la paz” (Springer, 2005, p. 248).

Problema

La ley de Justicia y Paz (ley 975/2005), dio como resultado el proceso de desmovilización de los grupos al margen de la ley como lo son las FARC, ELN y Paramilitares; esto ha hecho que el gobierno adopte medidas especiales para recibir a estas personas y proporcionarles Asistencia Humanitaria que consta de alimentación, alojamiento, atención médica y cuidado psico-social, así como Educación y Entrenamiento así como seguimiento permanente a su proceso de reincorporación a la vida civil.

En estudios llevados a cabo por Rivas, Méndez, Arias (2007), reportan que hoy en día existen en Colombia más de 43.500 excombatientes, de los cuales el

programa de reincorporación para la vida civil (PRVC), atendió desde el 2002 al 2007 cerca de 12.000 desmovilizados individuales, estos grupos pertenecientes a las FARC, ELN y grupos disidentes, además de los 31.687 desmovilizados colectivos provenientes de las AUC.

De acuerdo al modus operandi de los grupos al margen de la ley es casi normal enfrentar acontecimientos traumáticos y esto promueve en esta población una oportunidad de reflexión y toma de conciencia, llevando así a reestructurar su elección de vida. Los estudios del comportamiento humano suponen, que después de que una persona ha sido sometida a un estilo de vida coercitivo, y bajo los lineamientos de la guerra, pueda llegar a convertirse en una víctima potencial de una patología específica; pero a su vez existe un modelo muy optimista, como lo es la Psicología Positiva, que percibe a la persona como activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades, con una gran capacidad de resiliencia. Esta apreciación busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano. La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, define que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Lluch, 1999 y OMS, 2004).

La realidad demuestra que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas y llegan a desarrollar trastornos, en la mayoría de los casos no siempre es así, y algunas personas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias. La mayoría de los excombatientes encuentran sus propias soluciones individuales para contrarrestar los desafíos de su situación y para integrarse en la vida civil, sin despertar diferencia alguna. Muchos de los

excombatientes ven en el proceso de desmovilización una oportunidad de volver a obtener un trabajo digno y productivo, así como la posibilidad de reunirse con sus familias después de negárseles la oportunidad de verlos (Vera, Carbelo y Vecina 2006). Wortman y Silver (citados por Bonanno, 2004), demuestran que la mayoría de la gente que sufre una pérdida irreparable no se deprime, “las reacciones intensas de duelo y sufrimiento no son inevitables y su ausencia no significa necesariamente que exista o vaya a existir un trastorno”.

Cárdenas, Gil y Flórez (2010) evidencian que la salud mental positiva de los encuestados encuentran una oportunidad de cambio, lo cual les permite que se sientan satisfechos consigo mismo, con los demás, obteniendo un autocontrol y manejo en la resolución ante las dificultades que se le presente, permitiéndoles sentirse útiles y ver el futuro con optimismo.

En Santander no hay más evidencias de estudios científicos que aborden la salud mental positiva en la población de desmovilizados, y se debería de pensar en este tema a la hora de realizar un programa completo de reinserción; hay que pensar en la complejidad de cada uno de los factores que intervienen y el ocultamiento que hacen los desmovilizados a sus historias de vida como victimarios y víctimas de la guerra; por ello este estudio ha planteado como pregunta del problema ¿Cuál de los factores de Salud Mental Positiva prevalece en una Muestra de Personas Desmovilizadas que residen en el municipio de Bucaramanga?.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los Factores de la Salud Mental Positiva en una Muestra de Personas Desmovilizadas del Municipio de Bucaramanga, mediante la aplicación de una Escala de Salud Mental Positiva para contribuir a la Línea de Calidad de Vida y Psicología de la Salud del Programa de Psicología de la UNAB.

Objetivos Específicos

Identificar características sociodemográficas en cuanto a género, nivel socioeconómico, grado escolar, número de hijos de la muestra de un grupo Desmovilizados.

Determinar el factor de Satisfacción Personal de la Salud Mental Positiva en un grupo Desmovilizados.

Señalar el Factor de Actitud Prosocial de la Salud Mental Positiva en un grupo Desmovilizados.

Especificar el Factor de Autocontrol de la Salud Mental Positiva en un grupo de Desmovilizados.

Determinar el Factor de Autonomía de la Salud Mental Positiva en un grupo Desmovilizados.

Señalar el factor de Auto actualización y Solución de Problemas de la Salud Mental Positiva en un grupo Desmovilizados.

Establecer el factor de Relaciones Interpersonales de la Salud Mental Positiva en un grupo Desmovilizados.

Marco Teórico

Antecedentes Investigativos

Estudios llevados a cabo por autores como Cuadra, Saldomando (2000), Cohn (1999), Mera (2002), respectivamente, han dejado evidenciar que los programas enfocados a la salud mental de esta población vulnerable no ha sido suficiente para despertar interés.

En las Malvinas se creó un Programa Permanente de Salud para Excombatientes y su grupo familiar (2006), donde el principal enfoque de atención desde la salud mental fue el síndrome post-traumático de guerra y sus consecuencias psicosociales.

La ficha técnica del informe trimestral del programa para la reincorporación a la vida civil del Ministerio del Interior y de Justicia de la Republica de Colombia (2006), muestra que durante el proceso de desmovilización la atención en Salud Mental al desmovilizado evidencio resultados positivos en la población intervenida en cuanto a la generación de soluciones, para hacer más fácil el retorno de los militares a la civilidad y restablecimiento de su calidad de vida, creando mayor bienestar para ellos y sus familias (Recuperado en www.mij.gov.co, Mayo, 2006).

Salud Mental Positiva y desmovilizados

En el presente estudio se relacionan dos aspectos centrales: en primer lugar se aborda el tema de la salud Mental Positiva compuesto por los conceptos de Salud mental y Salud mental positiva, Psicología Positiva, Características de la Psicología Positiva, Criterios de Salud Mental Positiva y los Planteamientos de Teresa Lluch (1999). En segundo lugar, se aborda el tema Desmovilización y Reinserción, causas

de la desmovilización y Características de los Desmovilizados de acuerdo al marco legal.

Salud Mental

A partir de las diferentes definiciones de salud mental, se tratará de establecer una relación con la Salud Mental Positiva. Para esto, se abordará el modelo de salud mental positiva propuesta por Jahoda (referenciado por Lluch, 1999), y los seis criterios generales, los cuales la mayoría se desglosan en varias dimensiones o criterios específicos.

Lograr una definición de la Salud Mental resulta complejo, lo cual conlleva a muchas dificultades y problemas haciendo que no exista una definición única de este concepto. Una de las principales razones de este argumento es que la Salud Mental puede ser vista como un constructo que no tiene una definición directa, es decir, esta óptica no da unos conceptos concretos. La Salud Mental según la OMS puede definirse como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004).

Como definición es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo; es decir, sin Salud Mental, no hay salud, puesto que es esta la encargada de modular las conductas de los individuos y si estas conductas no son adaptativas o no se encuentran encaminadas a hábitos saludables o que vayan en beneficio tanto propio como comunitario, no puede existir una salud completa.

Salud Mental Positiva

En este punto se describirán los criterios que conforman el modelo de Salud Mental Positiva elaborado por Jahoda (citado por Lluch, 1999) y además se abordarán conceptos afines como bienestar, calidad de vida, prevención o promoción, con el objetivo de establecer así la relación entre estos dos conceptos similares.

El modelo de Jahoda (citado por Lluch, 1999) proporciona algunas directrices para orientar “el diagnóstico” de la Salud Mental Positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales. Sin embargo, a pesar de que utilizamos el término modelo, la autora se limita a describir seis criterios de Salud Mental, sin plantear ninguna hipótesis acerca de las interacciones entre los criterios, ni respecto al peso específico que cada uno de ellos puede tener en el constructo Salud Mental Positiva (Lluch 1999).

El modelo de Jahoda (citado por Lluch, 1999), constituye un punto de referencia importante para todos los teóricos que consideran la Salud Mental como algo más que ausencia de enfermedad. Por ejemplo, Sánchez (1991), manifiesta que el trabajo realizado por Jahoda: “...es aún hoy el documento y síntesis más informativa y completa sobre el tema” (Sánchez, 1991, p. 101). Así mismo, Jarne (1996), reconoce que el modelo de Jahoda: “...es quizás el texto que más influencia a tenido sobre el resto de los autores y aún hoy día sigue considerándose como la más completa revisión del concepto positivo de Salud Mental” (Jarne, 1996, p. 21). Sin embargo, resulta contradictorio que un modelo que ha generado tanto interés continúe actualmente en el mismo punto en el que lo dejó la autora y no se haya traducido en ninguna acción práctica. La Salud Mental Positiva es producto de la

interacción de múltiples factores; se sabe poco sobre los factores y mucho menos sobre sus interacciones.

Por tanto, el estudio conceptual de la vertiente positiva de la Salud es complejo y, por el momento, existen pocos conocimientos acerca de las variables que la modulan. Por otra parte, los países occidentales, son sociedades desarrolladas y con un nivel económico aceptable pero tienen unos recursos limitados y deben establecer prioridades. Es evidente que antes de la promoción está la prevención y antes que ella el tratamiento. Esto explica que la concepción positiva de la Salud Mental haya quedado relegada a nivel conceptual como algo deseable pero utópico a la vez. Además, la posibilidad de mantener el Estado de Bienestar está siendo cuestionado y las previsiones apuntan hacia un incremento progresivo de los problemas de Salud Mental (Alvarez, 1998; Winett, Riley, King y Altman, 1993). En este sentido, parece bastante probable que continuará predominando, al menos en la práctica, el modelo de enfermedad.

La misma situación se reproduce cuando se abordan conceptos afines como prevención y promoción. Los conocimientos teóricos son insuficientes, los programas de intervención escasos y, además, no siempre resultan tan eficaces como sería deseable. Así pues, aunque parezca evidente el dicho popular de que *más vale prevenir que curar*, la realidad nos demuestra que no es tan fácil aplicar *el dicho al hecho*. En definitiva, como indican Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997): "... A pesar de reconocer la necesidad de una perspectiva Positiva de Salud, la evidencia empírica disponible pone de manifiesto que, de una forma general, se sigue haciendo énfasis en la ausencia de enfermedad. Es decir, las investigaciones se suelen centrar

más en la patología, que en construir Salud” (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997; citado por Lluch 1999).

Psicología Positiva

Varios autores a través del tiempo han definido a la Psicología positiva en diferentes palabras pero enfocado siempre hacia un mismo objetivo (Seligman & cols. citado por Prada, 2005) han definido a la Psicología Positiva como el estudio científico de las experiencias Positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. Siendo este un campo concerniente al bienestar y el funcionamiento óptimo, el propósito de la Psicología Positiva es ampliar el foco de la Psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio. Para lograr cumplir este objetivo, es necesario comprender el funcionamiento óptimo en múltiples niveles, incluyendo la experiencia, personal, relacional, institucional, social y global. Para ello, consideran necesario estudiar la dinámica de las relaciones entre estos procesos a los niveles antes mencionados y la capacidad humana de dar orden y significado en respuesta a la inevitable adversidad, considerando que el significado de la buena vida, en todas sus posibles manifestaciones, puede emerger de estos procesos. Es importante tener en cuenta que su objetivo principal, no es el trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo, sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora bajo la cual el individuo se concibe como un agente activo que construye su propia realidad.

Autores como Linley & Joseph (citado por Prada 2005), argumentan que la Psicología Positiva es la aplicación de las investigaciones realizadas en este campo para facilitar el funcionamiento óptimo, donde se trabaja para su promoción y

desarrollo, desde el trastorno y la angustia a la Salud, a nivel individual, grupal, organizacional y social, entre otros.

En resumen, se podría decir que la Psicología Positiva es una rama de la Psicología que pretende comprender, por medio de la investigación científica, los procesos que reúne a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la Psicología, teniendo como objeto aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana, no sólo para ayudar a resolver los problemas de Salud Mental que hacen al individuo más frágil, también para lograr alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la Salud. La Psicología Positiva representa un nuevo punto de vista desde el que entender la Psicología y la Salud Mental que viene a complementar y apoyar al ya existente.

La Psicología Positiva propone tres tipos principales de felicidad para estudiar estas aplicaciones, las cuales no son definitivas ni únicas, pero puede ser tomadas como aproximaciones y/o como puntos de partida importantes, para alcanzar un abordaje científico: La primera es llamada la “vida agradable” (*pleasant life*), que se refiere al bienestar que nos invade al disfrutar de la buena comida, sexo, bebida e incluso una buena película. Este tipo de felicidad es de corta duración y está muy relacionada a la experimentación de emociones positivas en el pasado, presente y futuro. La “vida agradable” es la que se logra maximizando las emociones positivas y minimizando las negativas. En segundo lugar se encuentra la “buena vida” (*good life*), esta nace en cada uno cuando se disfruta haciendo algo en lo que se es bueno o incluso talentoso, con el fin de identificar por parte del sujeto cada uno de los dones, pero sobre todo saberlos usar, este punto está relacionado con cada uno de

los rasgos y fortalezas individuales. El tercer tipo de felicidad es denominado “vida con sentido” (*meaningful life*), es la más duradera de las tres y se trata de encontrar aquello en lo que creemos y de poner todas nuestras fuerzas a su servicio. Un buen ejemplo en este tercer tipo son las obras de caridad, la militancia política, sonreír al vecino, todo vale y gratifica en esencial lo más sencillo de la vida cotidiana desde diferentes instituciones “positivas” como lo son la familia el colegio el barrio y demás (Prada, 2005).

Características de la Psicología Positiva

La psicología positiva tiene como objetivo principal el resaltar esas características positivas del ser humano, mediante el surgimiento de la Psicología positiva se ha querido rescatar cada una de las características positivas del ser humano mediante el estudio de áreas como:

- a. Las emociones positivas
- b. Personalidad positiva
- c. Clasificación de las fortalezas de los seres humanos

Cada una de estas, comprende diferentes clasificaciones de las fortalezas de los seres humanos, siendo estas un rasgo en el sentido de que tenga cierto grado de generalidad en las situaciones y estabilidad a través del tiempo.

Las Emociones positivas

La mayoría de los investigadores que se han dedicado a estudiar las emociones se han centrado exclusivamente en las negativas, y hasta cierto punto puede resultar lógico, si consideramos que emociones como el miedo, la tristeza o la

ira son señales de alarma que si se obvian sistemáticamente pueden generar problemas de una magnitud considerable. La tendencia natural a estudiar aquello que amenaza el bienestar del ser humano ha llevado a centrar el interés en aquellas emociones que ayudan a hacer frente a peligros o problemas inminentes.

Afortunadamente, en los últimos años, muchos expertos han comenzado a investigar y teorizar en este campo, abriendo una nueva forma de entender la psicología humana. Una de las teorías que de manera más sólida representan esta corriente es la desarrollada por Bárbara Fredrickson. Esta autora reivindica la importancia de las emociones positivas como medio para solventar muchos de los problemas que generan las emociones negativas y cómo a través de ellas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. Según este modelo, las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas (Fredrickson, citado por Vera 2006).

Optimismo. El optimismo es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro, y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva (Peterson y Bossio, citados por Vera, 2006). El interés moderno por el optimismo nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967; citado por Vera 2006). Desde entonces, son muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como +modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y

Vaillant, citados por Vera, 2006). El optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, citado por Vera 2006). Desde un punto de vista evolucionista es considerado además como una característica de la especie humana seleccionada por la evolución por sus ventajas para la supervivencia (Taylor, citado por Vera 2006).

Humor. El humor y su manifestación externa más común, la risa, son un importante pilar de la investigación en psicología positiva. Aunque la idea de que la risa y el humor fomentan la salud no es nueva, es en las últimas décadas cuando han comenzado a proliferar terapias e intervenciones clínicas basadas en esta materia. La investigación científica ha demostrado que la risa es capaz de reducir el estrés y la ansiedad y mejorar así la calidad de vida y la salud física del individuo.

El humor “sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo”, (Berk, citado por vera, 2006)

Resiliencia y crecimiento postraumático. Vivir un acontecimiento traumático es quizá una de las situaciones que más transforma la vida de una persona. Sin quitar un ápice de la gravedad y horror de estas experiencias, no podemos dejar de resaltar que es en situaciones extremas cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad de replantear su concepción del mundo y de modificar sus creencias, de manera que en esta reconstrucción puede darse, y de hecho se da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal (Calhoun y Tedeschi, citados por Vera 2006). Resiliencia y crecimiento postraumático surgen como conceptos de investigación en

la psicología positiva, a través de los cuales se pretende determinar por qué algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Creatividad. La creatividad es la capacidad de crear, de producir cosas nuevas. Es la capacidad que tiene el cerebro humano para llegar a conclusiones e ideas nuevas y resolver problemas de una forma original. En su materialización puede adoptar formas artísticas, literarias, científicas, etc., y también puede desplegarse en el campo de la vida diaria, mejorando la calidad de la misma. Esto último probablemente no deje una huella en la historia de la humanidad, pero en esencia es lo que hace que la vida merezca la pena (Csikszentmihalyi, citado por Vera, 2006).

La creatividad es, por tanto, considerada como un proceso clave para el desarrollo personal y para el progreso social y por ello se incluye de lleno dentro del campo de interés de la psicología positiva. Sin embargo, el potencial de este hecho se

ve disminuido cuando se asume generalizadamente que la creatividad es una característica diferencial dicotómica que unos tienen y otros no.

Jahoda (citada por Lluch, 1999), ha sido una de las principales autoras, sobre la salud mental positiva, con el diseño de un modelo que permite evaluar a diferentes escalas las características positivas del ser humano.

El modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda surge en Estados Unidos cuando, en 1955, se constituye la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta para la Enfermedad y la Salud Mental) con el objetivo de llevar a cabo un estudio integral de la Salud Mental. Esta comisión, de carácter multidisciplinar, generó diferentes estudios, entre los cuales se halla el de Jahoda (1958), a quien se le encomendó investigar y profundizar en el concepto de Salud Mental Positiva. Los resultados del trabajo global de dicha Comisión fueron presentados en un informe final (*Action for Mental Health*), en 1961, que sirvió de base para orientar las nuevas políticas de Salud Mental. Así, en 1963 se aprobó la Ley de Servicios para el Retraso Mental y Organización de Centros Comunitarios de Salud Mental (*Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act*) que refleja las recomendaciones fundamentales de la Comisión Conjunta. En este sentido, se hace hincapié en la concepción multicausal del trastorno Mental y en la necesidad de conocer y enfatizar los factores que contribuyen a mantener y potenciar la Salud Mental del ser humano (Lluch, 1999).

La monografía publicada por Jahoda (citada por Lluch, 1999) fue, y actualmente continúa siendo, un punto de referencia esencial para la conceptualización y el abordaje de la Salud Mental desde una perspectiva de promoción. El trabajo destaca la necesidad de superar los conceptos de Salud Mental

focalizados en la prevención o el tratamiento y avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo.

En la Ley de Servicios para el Retraso Mental y Organización de Centros Comunitarios de Salud Mental de 1963, se aprueba la creación de centros comunitarios de Salud Mental. El objetivo de los mismos será llevar a cabo los programas de promoción de la Salud Mental (atendiendo tanto a población enferma como sana) y desarrollar actividades de asesoramiento encaminadas a potenciar las habilidades personales. Estos centros pueden intervenir directamente o bien actuar como coordinadores de otros servicios comunitarios cuyas acciones, en ocasiones, resultan inconexas o poco efectivas.

En definitiva, el trabajo de Jahoda (citada por Lluch, 1999) está vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención y pretende reivindicar la promoción de la Salud Mental superando la mera prevención de la enfermedad. La citada autora articula su concepción de la Salud Mental Positiva desde una perspectiva de múltiples criterios (Lluch, 1999).

Criterios de Salud Mental Positiva.

El modelo de Salud Mental Positiva elaborado por Jahoda y publicado en 1958, en forma de documento monográfico, bajo el título *Current concepts of positive Mental health*, configura una concepción multidimensional de la Salud Mental Positiva. La autora propuso seis criterios generales, la mayoría de los cuales desglosa en varias dimensiones o criterios específicos. Los seis criterios generales son:

1: Actitudes hacia sí mismo (*Attitudes toward the self*)

2: Crecimiento y autoactualización (*Growth, development and self-actualization*)

3: Integración (*Integration*)

4: Autonomía (*Autonomy*)

5: Percepción de la realidad (*Perception of reality*)

6: Dominio del entorno (*Environmental mastery*)

Describimos a continuación, de forma detallada, los citados criterios.

Criterio n° 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO (ATTITUDES TOWARD THE SELF). Este criterio hace referencia a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto enfatizando la importancia de la autopercepción. Las actitudes hacia uno mismo se describen con términos tales como autoaceptación, autoconfianza y/o autodependencia. Estos conceptos tienen muchos puntos en común, pero también tienen matizaciones propias que los diferencian. Así, la autoaceptación implica que la persona ha aprendido a vivir consigo misma, aceptando sus propias limitaciones y posibilidades. La autoconfianza engloba la autoestima y el autorespeto e implica que la persona se considera a sí misma buena, fuerte y capaz. Por último, la autodependencia, incluye el concepto de autoconfianza pero enfatiza la independencia de los demás y la propia iniciativa, reforzando la idea de que uno depende fundamentalmente de sí mismo y de sus propios criterios.

Revisando a los teóricos del self, Jahoda (citada por Lluch, 1999) propone que las actitudes hacia sí mismo tienen cuatro dimensiones:

Accesibilidad del yo a la conciencia (*accessibility of the self to the consciousness*)

Concordancia yo real-yo ideal (*correctness of the self-concept*)

Autoestima (*feelings about self*)

Sentido de identidad (*Sense of identity*)

Accesibilidad del yo a la conciencia. Este subfactor hace referencia al autoconocimiento, ya que el autoconcepto incluye gran variedad de contenidos (valores, deseos, sentimientos, etc.) que uno mismo debe conocer y de los que debe ser consciente. Sin embargo, esto no implica que la persona mentalmente sana este continuamente prestando atención a su propio yo y sea consciente de todos sus actos y de todos sus propósitos. En realidad, la presencia continua del yo en la conciencia es más propia de un mal funcionamiento psicológico que de una buena Salud Mental. Por tanto, el autoconcepto no ha de estar dominando permanentemente la conciencia. El sí mismo solo debe acceder a un nivel consciente en los momentos de introspección o autoexploración. Esta capacidad de poder acceder al conocimiento de los aspectos personales, cuando es preciso o apropiado, es un indicador de Salud Mental Positiva.

Concordancia yo real-yo ideal. Esta dimensión implica la capacidad de mirarse a sí mismo de forma objetiva y realista. Para que la autopercepción sea correcta ha de ser objetiva y esta objetividad requiere de la habilidad para diferenciar el yo-real del yo-ideal; lo que soy de lo que me gustaría ser.

Las distorsiones del autoconcepto están presentes en algunos de los principales trastornos mentales. Según la autora, estas distorsiones están basadas en las dificultades para controlar racionalmente los deseos y los miedos. Por ello, podremos considerar como indicador de Salud Mental Positiva, la capacidad de la persona para percibirse a sí misma (para definirse) de un modo que corresponda o se ajuste a la

realidad y que, además, refleje la autoaceptación sin miedo ni temor a ser lo que es. Es decir, esta dimensión implica la autoaceptación; necesaria tanto para equilibrar los deseos (lo que nos gustaría ser) como para superar los temores de ser de un modo y no de otro. Tener un concepto ideal de sí mismo es positivo y cataliza el desarrollo personal, pero puede resultar negativo cuando no se es capaz de diferenciar y equilibrar el yo-ideal con el yo-real. La persona mentalmente sana debe partir del yo-real y mantener un ideal que, sin alejarse de la realidad objetiva, guíe y estimule el crecimiento personal.

Autoestima. Este concepto equivale a los sentimientos que uno tiene con respecto a sí mismo. La Salud Mental implica una aceptación global del sí mismo, con todos los defectos y deficiencias personales, es decir, incluyendo aquellos aspectos de los cuales uno no se siente orgulloso o satisfecho. Se presupone que los defectos reconocidos son aceptados en la medida en que hay una capacidad para explorar en el interior del sí mismo, de forma objetiva y realista, y para hacer conscientes los valores, deseos o sentimientos personales. La autora, sin embargo, considera que la autoaceptación se refiere a los sentimientos de uno mismo acerca de la configuración total del autoconcepto y no a unos atributos en particular.

Sentido de identidad. Es un aspecto del autoconcepto estrechamente vinculado con la autoaceptación pero entendido como un atributo integrador del sí mismo, lo que diferencia de forma significativa el sentido de identidad de la autoaceptación, es que el primero implica un énfasis más cognitivo en la autopercepción (claridad de la autoimagen). La persona sana conoce quien es y no tiene dudas acerca de su propia identidad.

Criterio nº 2: *CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION (growth, Development and self-actualization)*. Este criterio está relacionado con lo que la persona hace con su vida. La autoactualización, también denominada autorrealización o crecimiento personal, puede ser entendida en dos sentidos:

- a. Como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos;
- b. Como un criterio de Salud Mental Positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida (*motivational process*) y la implicación en la vida (*investment in living*).

La autoactualización incluiría también la dimensión de autoconcepto (aunque éste ha sido ya abordado anteriormente como criterio independiente).

La autoactualización como motivación por la vida. Esta dimensión está vinculada al significado de la vida, es decir, al hecho de estar motivado no solo por cubrir las necesidades básicas sino por tener una dirección de crecimiento y desarrollo hacia metas superiores, proyectos a largo plazo e ideales de vida.

La propensión a la autoactualización genera un nivel de tensión que la persona psicológicamente sana vive como placentera y estimulante. Por el contrario, la persona con un funcionamiento mental deficitario prefiere mantenerse en una situación conocida, aunque sea poco satisfactoria, que vivir la inseguridad que pueden generar las circunstancias nuevas y poco controladas.

Por ello, la persona con tendencia a la autoactualización tiene una orientación positiva y optimista hacia el futuro y, además, posee ideales, metas, aspiraciones y deseos de superación. Es lo que se podría denominar una motivación de crecimiento personal en la vida.

Implicación en la vida. La implicación permite que la persona autoactualizada participe activamente en las diferentes actividades de la vida: en el trabajo, en el tiempo libre, en las relaciones con los demás. Es decir, que esté pendiente no solo de su vida sino de la vida de los demás como parte de la suya propia. La persona que se implica en la vida tiene capacidad para evocar respuestas empáticas, cálidas y comprensivas hacia los demás.

La autora resalta la idea de que la persona sana demuestra interés por los otros y no está centrada solamente en satisfacer sus propias necesidades.

Es evidente que la implicación en la vida no puede estar separada de la motivación; la persona debe estar implicada con los otros, con el trabajo, con las ideas y con los intereses pero, a la vez, motivada para conseguirlas.

Criterio n° 3: INTEGRACION (INTEGRATION). La integración implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona. Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o de la autoactualización, pero Jahoda (citada por Lluch, 1999) considera que debe abordarse como una categoría independiente. La integración, como criterio de Salud Mental Positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes: Equilibrio psíquico (*Balance of psychic forces*), Filosofía personal sobre la vida (*A unifying outlook on life*), Resistencia al estrés (*Resistence to stress*).

Equilibrio psíquico. Esta forma de entender la integración está basada en una orientación psicodinámica. Es decir, la integración, como criterio de Salud Mental, implica un equilibrio entre las instancias psicológicas del ello, el yo y el superyo o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes.

El equilibrio entre los distintos sistemas está mediatizado por la flexibilidad, que modula la interrelación entre las diferentes instancias. Es decir, favorece el predominio de una u otra estructura en función de los requerimientos del momento y de la situación.

Filosofía personal sobre la vida. La integración, en este caso, se aborda desde una perspectiva cognitiva y está íntimamente relacionada con las dimensiones de autoactualización y sentido de identidad. La filosofía de la vida guía y da significado al propio comportamiento y al crecimiento personal. Cada persona desarrolla su propia filosofía de vida.

Resistencia al estrés. Desde esta perspectiva, se enfatiza el estilo personal de afrontar las situaciones estresantes de la vida. El concepto general de integración debe entenderse como el prototipo individual de respuesta ante la ansiedad y concretarse en términos más específicos como resistencia al estrés o tolerancia a la frustración. La ansiedad es una experiencia universal del ser humano. Las situaciones y las vivencias de tensión, ansiedad, frustración e infelicidad ocurren tanto en las personas sanas como en las enfermas. La diferencia reside en las estrategias de afrontamiento y en la capacidad para mantener un nivel de integración adecuado ante situaciones de presión.

Según la autora, aspectos como la autoafirmación y la valentía (el coraje) pueden ser las vías apropiadas para afrontar de forma positiva la propia ansiedad.

Criterio nº 4: *AUTONOMÍA (AUTONOMY)*. Esta dimensión hace referencia a la relación de la persona con el mundo (con el ambiente) y el término es sinónimo de independencia y autodeterminación. El grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado de la Salud Mental. La persona

psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás. Esta relación persona-ambiente conlleva un proceso de toma de decisiones. En este sentido, la autonomía significa una discriminación consciente, por parte de la persona, de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar. El criterio de autonomía puede entenderse desde una o ambas de las dos siguientes dimensiones: Autorregulación (*Regulation of behavior from within*), Conducta independiente (*Independet behavior*).

Autorregulación. La autonomía se concibe desde una perspectiva interna y hace referencia al grado en el cual la persona autodirige sus acciones. Incluye, por supuesto, la independencia y la confianza en sí mismo. También está relacionada con la capacidad para guiar el propio comportamiento, a partir de unos estándares internalizados, e implica el mantenimiento continuo del autorespeto.

Este proceso de regulación interna favorece un crecimiento personal independiente y permite que la conducta esté determinada por la interacción equilibrada entre las exigencias externas y los valores, necesidades, creencias y metas personales.

Conducta independiente. La autonomía permite mantener un comportamiento relativamente estable; la conducta no depende tanto del mundo exterior como del interior y, por tanto, fluctúa con menos facilidad. En este sentido, inmuniza de “lo malo del mundo”, de los golpes duros, de las privaciones y de las frustraciones. Así, las personas autónomas pueden mantener una relativa serenidad y felicidad en medio de circunstancias que podrían conducir a otras personas al desequilibrio emocional.

La autonomía también facilita el ajuste a las demandas de la sociedad y protege de adaptarse por inercia, tradición o dependencia de los demás. La persona

autónoma es capaz de ajustarse a las normas de conducta de su sociedad pero, a la vez, mantiene sus propios criterios personales.

Criterio nº 5: *PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD (PERCEPTION OF REALITY)*. Este criterio implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente. La percepción no puede aislarse de otros procesos cognitivos como la atención, el juicio o el pensamiento y está estrechamente vinculada a la percepción social. Existen dos dimensiones de la percepción de la realidad: Percepción objetiva (*Perception free from need-distortion*), Empatía o sensibilidad social (*Empathy or social sensitivity*)

Percepción objetiva. Jahoda (citada por Lluich, 1999) considera la percepción objetiva como un criterio íntimamente relacionado con la adaptación a la realidad, puesto que la adaptación está basada en la percepción correcta del ambiente.

El problema surge cuando se intenta delimitar el término “objetivo”; ¿quién sabe que es “correcto”? Si uno percibe un paisaje en términos de formas, otro en términos de colores ¿cuál es más “correcto”? Las dificultades se multiplican exponencialmente en las percepciones de naturaleza social. Jahoda (citada por Lluich, 1999), considera que la realidad es un prisma plural y dinámico. Por tanto, pueden coexistir múltiples formas particulares de percibir el mundo que pueden considerarse sanas. En este sentido, Jahoda sustituye la palabra “correcto” por la expresión “*relative freedom from need-distorsion*”. La percepción psicológicamente sana implica una forma de vivenciar el mundo en la cual la persona es capaz de tener en

cuenta sus propios deseos (aunque no se correspondan con la realidad) y, sin embargo, no distorsionar la percepción para conseguirlos, es decir, no “inventar” entradas que no existen.

Esto no significa que las necesidades y los deseos deban eliminarse y dejen de tener una función en la percepción. La persona mentalmente sana puede testar la realidad (*reality testing*) para comprobar el grado de correspondencia entre sus necesidades, deseos o temores y la realidad. La autora ilustra el concepto comentando la típica situación de los padres que desean que sus hijos se porten bien en la escuela o tienen miedo de que suspendan. Los padres psicológicamente sanos buscarán evidencia objetiva, por ejemplo solicitando información a los profesores, y la aceptarán, incluso si va en contra de sus deseos.

Empatía o sensibilidad social. La percepción objetiva es más difícil cuando el objeto es uno mismo o los demás. La percepción de uno mismo se aborda dentro del autoconcepto. La percepción de los sentimientos y de las actitudes de los otros configura un criterio independiente. La persona debe ser capaz de tratar con respeto la vida interior de los demás y de llegar a conclusiones objetivas acerca de ellos.

La persona sana tiene más habilidad para entender e interpretar correctamente las actitudes y los sentimientos de los demás. Por tanto, es capaz de percibir con más precisión y exactitud las situaciones desde otros puntos de vista y, según Jahoda, de anticipar y predecir el comportamiento de las personas con las que interactúa.

Criterio nº 6: *DOMINIO DEL ENTORNO (ENVIRONMENTAL MASTERY).*

El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de Salud Mental es la capacidad para manejarse en la realidad. Este criterio está

vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso). Dentro de este criterio Jahoda (citada por Lluch, 1999), distingue seis dimensiones íntimamente relacionadas:

- Satisfacción sexual (*The ability to love*)
- Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre (*Adequacy in love, work and play*) - Adecuación en las relaciones interpersonales (*Adequacy in interpersonal relations*)
- Habilidad para satisfacer las demandas del entorno (*Efficiency in meeting situational requirements*)
- Adaptación y Ajuste (*Capacity for adaptation and adjustment*)
- Resolución de problemas (*Efficiency in problem-solving*)

Satisfacción sexual. Esta dimensión hace referencia a la habilidad para experimentar placer sexual y para mantener relaciones sexuales gratificantes. Aunque la función sexual no sea lo más importante para la Salud Mental del ser humano, es necesario reconocer la sexualidad como un indicador extremadamente sensible del funcionamiento global de la persona.

Adecuación En el Amor, el Trabajo y El Tiempo Libre. El amor, el trabajo y el tiempo libre son tres áreas cruciales de la actividad del ser humano. La persona sana es capaz de realizar un trabajo de forma correcta, mantenerlo y ser creativo, dentro de las limitaciones de sus capacidades. Además, es capaz de relajarse, disfrutar de las oportunidades para la diversión, querer a otros, vivir en pareja y formar una familia.

Adecuación en las relaciones interpersonales. Implica la capacidad para interaccionar con los demás, manteniendo relaciones interpersonales satisfactorias y

afectivas. La competencia en las relaciones interpersonales se manifiesta en la manera en que los miembros de un grupo significativo, por ejemplo la familia, son capaces de interactuar para conseguir fines comunes y, a la vez, mantener su desarrollo y autoexpresión individual.

En definitiva, se considera que una persona tiene Salud Mental Positiva si es capaz de: Tener relaciones afectivas positivas; Promover el bienestar de los demás, sin obtener necesariamente un beneficio personal; Trabajar e interactuar con los demás para el beneficio mutuo.

Habilidad para Satisfacer las Demandas del Entorno. Es la capacidad para dar una respuesta válida a las necesidades de una situación. Los requerimientos sociales están en función del entorno y, por tanto, deben definirse y valorarse específicamente en cada contexto. Por ejemplo, si se quiere evaluar la habilidad de un niño para satisfacer las demandas del entorno escolar se pueden distinguir tres requerimientos situacionales: establecer relaciones apropiadas con la autoridad (profesora), con los compañeros, y adquirir conocimientos y habilidades.

Adaptación y Ajuste. La adaptación implica la capacidad para alcanzar un equilibrio entre las necesidades y habilidades del individuo y la realidad. Un término que se utiliza con mayor frecuencia que el de adaptación es el de ajuste, que puede entenderse bien como un concepto pasivo de aceptación de lo que la vida brinda o bien como sinónimo de adaptación con una connotación activa.

La interacción del hombre con el medio es adaptativa cuando existe un equilibrio entre los componentes activos y pasivos. Es decir, el entorno en ocasiones es inmodificable y hay que ser capaz de aceptarlo, mientras otras veces la persona puede realizar cambios activos en el mismo.

Resolución de problemas. Esta dimensión engloba tanto el procedimiento como el resultado en la solución de los problemas. Una forma de entender la resolución de problemas es poniendo el énfasis en el producto final; la solución. Si se aplica este criterio a los problemas reales, el éxito es un criterio de Salud Mental Positiva.

Pero, el éxito no depende sólo del comportamiento individual sino también de circunstancias externas que escapan al control de la persona. Por tanto, no puede considerarse únicamente como un atributo de la persona o como una consecuencia de sus acciones. Sin embargo, en nuestra sociedad, las personas sanas tienen, en general, mayores posibilidades de éxito.

La otra forma de entender la resolución de problemas es haciendo hincapié en el proceso. El simple hecho de afrontar un problema puede ser suficiente para indicar un cierto grado de Salud Mental. Sin embargo, Jahoda (citada por Lluch, 1999) describe tres aspectos que definen el proceso idóneo que se debería seguir:

a) La secuencia temporal de las etapas: análisis del problema, búsqueda de posibles soluciones, toma de decisiones y, finalmente, implementación de la solución. Estos pasos equivalen a una descripción formal del proceso de pensamiento, pero en la práctica se aplican de forma mucho más dialéctica e interactiva.

b) El tono emocional (*feeling tone*) y la actitud que la persona mantiene durante el proceso. Cuando no existe un tono y una motivación favorables, el procedimiento de solución de problemas se realizará de forma incorrecta y, probablemente, se interrumpirá el avance hacia las siguientes etapas que configuran la secuencia correcta.

c) La forma directa o indirecta de afrontar los problemas. Por ejemplo, si una persona percibe su trabajo como insatisfactorio, la posición directa implica cambiar de trabajo; una alternativa indirecta podría ser buscar satisfacciones sustitutorias en las actividades del tiempo libre.

La autora indica que el buen solucionador de problemas combina las tres dimensiones: La tendencia a superar todas las etapas; El mantenimiento de un tono emocional apropiado; El ataque directo sobre el problema.

Jahoda (citado por Lluch, 1999) considera que los criterios para definir y evaluar la Salud Mental Positiva están interrelacionados y, en función del momento o de la situación personal, predominan unos u otros. Es decir, para adaptarse a las condiciones ambientales, especialmente cuando son desfavorables, la persona tiene que pagar el precio de desarrollar un componente a expensas de otro. Sin embargo, los diferentes criterios interactúan dialécticamente y configuran un funcionamiento psicológico unificado. La combinación idónea de criterios para cada situación es una cuestión pendiente de investigación empírica.

La salud mental es un término ambiguo y difícil de definir debido a que cada uno de los autores de disciplinas diferentes les han querido dar un toque según sus teorías y necesidades, pero sobre todo enfocado lo en el bienestar del individuo desde una perspectiva de la enfermedad y a diferencia de la psicología positiva, en donde se quiere ver el bienestar del sujeto no desde su enfermedad si no de esas características positivas del individuo poco estudiadas y exploradas como lo son el buen humor, la creatividad entre otras, las cuales puede hacer que el sujeto se identifique con ellas y las tome como propias haciéndolas el motivo para sentirse bien consigo mismo.

Planteamientos de Teresa Lluch

Teresa se interesó por el trabajo con la vertiente positiva de la salud en la época en que trabajaba como enfermera en un centro hospitalario. El contacto con muchos pacientes y sus formas de manejar el dolor, el sufrimiento y, en ocasiones, la muerte empezó a estimular sus reflexiones sobre la importancia de la actitud y el estilo de afrontamiento en la salud y en la enfermedad. Cada relación que establecía con los pacientes y su historia en particular y las maneras en como afrontaba su situación, le permitió que su interés creciera por entender los aspectos psicológicos positivos que intervienen en la forma que cada persona tiene de estar y de afrontar la vida. Otros trabajos realizados durante el periodo de su vida como el ser profesora en la Unidad de Salud Mental de la escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona, le permitió que su interés creciera durante los años 1991 y 1994, quien junto a dos compañeros de la unidad realizaron la primera investigación sobre: indicadores positivos de salud mental en la población infantil partir de los indicadores de las etapas de desarrollo psicosocial descritas por Erickson (Miguel, Lluch y Sabater, citados por Teresa Lluch, 1999),.

La investigación mencionada anteriormente estaba dirigida a un intento de operativizar dos de los criterios planteados por Jahoda (citado por Lluch, 1999), en el único modelo de Salud Mental Positiva que existe y, a pesar de su longevidad, continua siendo un marco de referencia esencial para los autores que trabajan en la prevención y promoción de la salud mental.

Lluch (1999), realiza tres estudios con tres objetivos planteados teniendo en cuenta las revisiones de la bibliografía la cual muestra la probable no existencia, ninguna escala que evalúe el constructo Salud Mental positiva. En primera instancia

el objetivo planteado es el de “reivindicación” los aspectos positivos de la psicología, el segundo objetivo es de hacer un primer intento de operativizar y evaluar empíricamente el modelo de salud mental positiva de Jahoda, considerando los 6 criterios generales y las 16 dimensiones o criterios específicos que lo componen. El tercer objetivo de este estudio es construir una escala para evaluar la salud mental positiva y analizar sus propiedades psicométricas (Lluch 1999).

El modelo hipotético de trabajo en el que se basa el primer estudio realizado por Lluch (1999), está configurado por 6 factores generales, que equivalen a los 6 criterios de salud mental positiva descritos por Jahoda y por 16 factores específicos o subfactores que se corresponden con las distintas dimensiones que, según la citada autora, definen a los criterios generales.

Estos factores generales y específicos son: Actitudes hacia sí mismo (accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia yo real-yo ideal, autoestima y sentido de identidad); Crecimiento y autoactualización (motivación por la vida e implicación en la vida); Integración (resistencia al estrés); Autonomía (conducta independiente); Percepción de la realidad (percepción objetiva y empatía o sensibilidad social); dominio del entorno (satisfacción sexual, adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre, adecuación en las relaciones, interpersonales, habilidad para satisfacer las demandas, del entorno, adaptación y ajuste y resolución de problemas).

Los objetivos de la primera investigación realizada por la autora, se dirigían básicamente hacia la construcción de un instrumento de medición de la Salud Mental Positiva el cual es correspondiente a los parámetros teóricos planteados años atrás por Jahoda. Este estudio fue realizado con un grupo de 137 estudiantes de la

Universidad seleccionados al azar, en su mayoría eran mujeres (117) y hombres (20) con una edad media de 20 años.

Con el objeto de medir la salud mental positiva, se ha construido un cuestionario estructurado en 6 factores generales y 16 factores específicos. Para ello se siguen tres pasos: a) Definición conceptual de los factores; b) Revisión del cuestionario y creación de Items; c) Estructuración del cuestionario.

a) Definición conceptual de los factores: Jahoda (citado por Lluch, 1999), plantea una serie de criterios de salud mental positiva pero no los define. Por ello, el primer paso para la construcción del instrumento de ensayo ha sido definir conceptualmente los factores que componen el modelo (Lluch, 1999).

A continuación se encuentra la definición realizada por Lluch (1999):

Factor general 1: actitudes hacia sí mismo

Subfactor 1: accesibilidad del yo a la conciencia

Definición: Hace referencia a la capacidad de la persona para: Reconocer y aceptar errores, capacidades y limitaciones, defectos, cualidades y virtudes, gustos y preferencias, autocriticar los aspectos personales con los que se esté en desacuerdo, explorar aspectos de su propio yo, reflexionar acerca de sí mismo y de lo que le sucede, tomar conciencia/ser consciente de los propios sentimientos (tanto positivos como negativos), de las propias emociones, de los propios estados de humor.

Subfactor 2: Concordancia Yo real-Yo ideal

Definición: Viene definido por la concordancia existente entre el concepto de sí mismo real y el concepto de sí mismo ideal (entre el "como soy" y el "cómo me gustaría ser"), con relación a: Aspectos físicos, aspectos personales, aspectos sociales, aspectos familiares, aspectos éticos/morales.

Subfactor 3: Autoestima

Definición: Sentimientos acerca del sí mismo. Valoración que uno hace de sí mismo, en el sentido de: Confianza en sí mismo, satisfacción consigo mismo, con su aspecto físico, importancia personal, respeto hacia sí mismo, aceptación de sí mismo.

Subfactor 4:

Definición: sentido de identidad viene definido por el concepto de sí mismo con relación a: Aspectos físicos, aspectos personales, aspectos sociales, aspectos familiares, aspectos éticos/morales.

Factor general 2: crecimiento y Autoactualización

Subfactor 1: Motivación por la vida

Definición: la persona posee: orientación positiva/optimista hacia el futuro, propósitos, ideales y metas, aspiraciones y deseos de superación

Subfactor 2: Implicación en la vida

Definición: La persona tiene: sentido de crecimiento y desarrollo personal continuo Interés por experiencias nuevas, creatividad.

Factor general 3: integración

Subfactor 1: Resistencia al Estrés

Definición: La persona posee: equilibrio emocional, Resistencia, Control emocional, Autocontrol, tolerancia al estrés, vitalidad, tolerancia a la ansiedad, tolerancia a la frustración, flexibilidad, relatividad, responsabilidad por los actos propios, responsabilidad personal.

Factor general 4: autonomía

Subfactor 1: Conducta Independiente

Definición: La persona posee: independencia, autosuficiencia, seguridad personal, autorregulación de su conducta, confianza en sí mismo; autorresponsabilidad; auto cuidado; iniciativa; afrontamiento de las situaciones versus evitación; autorreflexividad.

Factor general 5: percepción de la realidad

Subfactor 1: percepción objetiva

Definición: la persona posee: percepción objetiva del entorno (*reality testing*– correspondencia o discrepancia entre deseos propios y realidad externa), adaptación a la realidad, contacto con la realidad, percepción libre no distorsionada por necesidades.

Subfactor 2: empatía o sensibilidad social

Definición: capacidad de la persona para: comprometerse, implicarse socialmente.

Desear ayudar al otro, predisposición a brindar ayuda, responder a los problemas de los demás; respetar, aceptar a los otros; comprender a los otros, sensibilidad para con los sentimientos y necesidades ajenas, perceptividad del sufrimiento ajeno; Confianza en los demás.

Factor general 6: dominio del entorno

Subfactor 1: Satisfacción Sexual

Definición: Capacidad de la persona para: dar y experimentar placer sexual en las relaciones íntimas. Establecer relaciones íntimas con personas del sexo que le atrae. Establecer relaciones amorosas llenas y completas. Disfrutar del sexo y ser un buen amante. Dar importancia al amor y al placer en las relaciones íntimas. Enamorar, amar y disfrutar del sexo.

Subfactor 2: Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre

Definición: Capacidad de la persona para: Sentirse querido y deseado. Expresar afecto a las personas que quiere. Estudiar, Ser un buen estudiante, Sentirse satisfecho de los estudios, disfrutar en el tiempo libre, saber divertirse, realizar actividades recreativas. Obtener satisfacciones de la vida cotidiana separando, obligaciones de deseos.

Subfactor 3: adecuación en las relaciones interpersonales.

Definición: Capacidad de la persona para: mantener buenas relaciones con la gente, relacionarse con los demás de forma abierta, auténtica y sincera. Establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias. Sentirse aceptado y querido por los demás, por su familia. Sentirse satisfecho de sus relaciones interpersonales, de sus relaciones con la familia con los amigos con los compañeros de clase. Gustarle a la gente.

Subfactor 4: habilidad para satisfacer las demandas del entorno

Definición: Capacidad de la persona para: Comportarse adecuadamente en cada situación. Adaptarse al trabajo en grupo. Pedir aclaraciones cuando algo no le queda claro. Ser asertivo.

Subfactor 5: adaptación y ajuste

Definición: Capacidad de la persona para: Valorar positivamente el presente. Vivir, adaptarse a múltiples contextos y ambientes. Asimilar, adaptarse a los cambios, aceptar los cambios y valorarlos positivamente. Aceptar lo inmodificable, Disfrutar de los cambios.

Subfactor 6: Resolución de problemas

Definición: Capacidad de la persona para: Aceptar que los problemas forman parte de la vida cotidiana. No acumular problemas, solucionar problemas. Pensar en los problemas. Solicitar ayuda, información. Reconocer / Afrontar los problemas. Buscar alternativas de solución (Lluch, 1999).

B) Revisión de cuestionarios y creación de ítems. Una vez definidos los factores se ha realizado, en primer lugar, una búsqueda exhaustiva (manual e informatizada) de información vinculada al concepto global de salud mental positiva y, muy especialmente, a los distintos criterios que configuran el modelo. Posteriormente, se han intentado localizar cuestionarios que midan, de forma directa o indirecta, conceptos afines a la salud mental positiva o que evalúen alguno de los criterios específicos propuestos por Jahoda (citado por Lluch, 1999). La búsqueda ha permitido encontrar alrededor de 200 escalas, de las cuales se han seleccionado las 50 que tienen una relación más directa con los criterios de salud mental positiva.

La información localizada ha servido de base para crear una amplia batería de ítems y, después de analizar su idoneidad para evaluar los criterios del modelo, se han seleccionado 15 ítems para cada uno de los 16 subfactores; esto genera un cuestionario inicial con un total de 240 ítems. La escala ha sido entregada a cinco expertos en materia de salud mental para que valoraran su estructura y la pertinencia

de los ítems para “medir” el concepto de salud mental positiva. Las sugerencias aportadas por los especialistas están descritas en el apartado de validez de contenido (Lluch, 1999).

C) Estructuración del cuestionario. El primer cuestionario de salud mental positiva, tomando en consideración la valoración de los expertos, ha quedado constituido por 176 ítems, distribuidos de forma equivalente entre los 16 factores específicos del modelo planteado, el cual tiene 11 ítems por subfactor. (Lluch, 1999).

Los ítems se formulan como afirmaciones (positivas y negativas) y se ofrecen cuatro alternativas de respuesta, que van desde *siempre o casi siempre* hasta *nunca o casi nunca*. De los 176 ítems, 129 son de carácter positivo y 47 de carácter negativo. En la tabla 4.5 se presenta la distribución de los ítems que componen cada factor, así como el número y el valor (positivo/negativo) que se les asigna en la composición final del cuestionario (Lluch, 1999).

Las puntuaciones cuantitativas que se han asignado a las distintas alternativas de respuesta son las siguientes:

Siempre o casi siempre con un Valor de 4; Con bastante frecuencia con un Valor de 3; Algunas veces con un Valor de 2; Nunca o casi nunca con un Valor de 1.

A partir del análisis de resultados de esta primera investigación se concluyó que, en el análisis de 6 factores hay 150 ítems que cumplen los criterios establecidos y en el de 16 subfactores 166. Y en general, se debería revisar o eliminarse un total de 28 ítems. Teresa Lluch (1999), comprobó que la estructura de 16 factores específicos agrupados en 6 factores generales no se cumple. En todos los análisis se obtiene un primer factor que explica un porcentaje elevado de varianza y agrupa un

número muy elevado de ítems en relación al resto de los factores que, en el mejor de los casos, están formados por tres ítems.

Por otro lado, el número de factores resultantes dentro de cada análisis factorial es siempre superior al propuesto en la estructura hipotética y, por lo tanto, la estructura resultante se aleja en gran medida del modelo conceptual inicial como punto de referencia el mejor factor (Lluch, 1999).

Finalmente los resultados permitieron que la estructura de 16 subfactores del modelo de salud mental positiva planteado no se cumpla. Por tanto, se decide adaptar el modelo a una estructura más simple, de 6 factores generales.

Teniendo en cuenta cada uno de los resultados obtenidos en el primer estudio, Lluch (1999) realizó un segundo estudio (construcción y análisis psicométrico del Cuestionario de salud mental positiva según el Modelo hipotético de factores generales). Estos resultados perfilan un modelo hipotético de trabajo articulado en torno a 6 Factores Generales que se corresponden con los 6 criterios de salud mental positiva descritos por M. Jahoda (citado por Lluch, 1999). Por tanto, se ha simplificado el modelo suprimiendo los subfactores;

Factor 1: actitudes hacia sí mismo

Factor 2: crecimiento y autoactualización

Factor 3: integración

Factor 4: autonomía

Factor 5: percepción de la realidad

Factor 6: dominio del entorno

Los factores generales de este segundo estudio continúan siendo nominalmente los mismos que los del primero, pero su definición conceptual debe reformularse en función de los datos obtenidos.

Este segundo estudio tenía como objetivo la construcción de un instrumento de medición de la salud mental positiva que se corresponda con la estructura de 6 factores generales planteados en el modelo hipotético y además el análisis psicométrico del instrumento y valoración del modelo hipotético planteado. El estudio se ha llevado a cabo con una muestra de 387 estudiantes de primer y segundo curso, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona y el cuestionario se aplicó de la misma manera. La muestra estaba conformada por hombres y mujeres de diferentes edades. (Lluch, 1999)

Se ha construido un instrumento de medición, estructurado en base a los 6 criterios de salud mental positiva de Jahoda (citado por Lluch, 1999), con 10 ítems para cada factor. De igual manera que en el primer estudio, se siguieron los siguientes pasos:

a) *Definición conceptual de factores.* Los resultados del primer estudio conducen a reducir el modelo de 16 factores específicos a 6 factores generales y a redefinir o perfilar la operativización de los mismos.

b) *Selección y elaboración de ítems.* Con el objetivo de obtener una estructura más reducida que en el primer estudio y, en consonancia con las sugerencias de los expertos, se ha elaborado un instrumento de medición con 10 ítems para cada factor general. Por tanto, este segundo cuestionario está formado por 60 ítems repartidos de forma equilibrada entre los 6 factores generales que configuran el modelo hipotético planteado.

c) *Estructura del segundo cuestionario.* Los ítems de cada factor se han numerado y distribuido de forma aleatoria y con el mismo número de ítems positivos y negativos (Lluch, 1999).

Los resultados obtenidos en el segundo estudio perfilan la existencia de algunos factores explicativos de la salud mental positiva diferentes de los planteados siguiendo los criterios de M. Jahoda (citado por Lluch, 1999). La nueva estructura es la siguiente:

Factor 1: Satisfacción personal

Factor 2: Actitud prosocial

Factor 3: Autocontrol

Factor 4: Autonomía

Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización

Factor 6: Habilidades de relación interpersonal.

Un tercer y final estudio realizado, llamado análisis psicométrico del cuestionario “definitivo” tenía como objetivo la definición conceptual de los factores que configuran el modelo resultante. La Elaboración del “cuestionario definitivo” de nuestra investigación y Análisis psicométrico del instrumento para valorar la fiabilidad y validez del mismo. La muestra utilizada fue la misma del estudio dos. Los resultados permitieron elaborar el cuestionario utilizado en este estudio.

En el estudio al igual que el anterior, se siguieron tres pasos siguientes: a) Definición conceptual de los factores; b) Selección de ítems; c) Estructura del cuestionario.

- a) *Definición conceptual de factores:* estos son los factores surgidos de los análisis del estudio dos.

Factor 1: Satisfacción Personal

Definición: Autoconcepto, Satisfacción con la vida personal, satisfacción con las perspectivas de futuro.

Factor 2: Actitud Prosocial

Definición: Predisposición activa hacia lo social, hacia la sociedad, actitud social “altruista” Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.

Factor 3: Autocontrol

Definición: capacidad para el afrontamiento del estrés de situaciones conflictivas, equilibrio y control emocional, tolerancia a la ansiedad y al estrés

Factor 4: Autonomía

Definición: capacidad para tener criterios propios independencia, autorregulación de la propia conducta seguridad personal / confianza en si mismo

Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización.

Definición: capacidad de análisis, habilidad para tomar decisiones, flexibilidad capacidad para adaptarse a los cambios actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo

Factor 6: Habilidades de relación interpersonal

Definición: habilidad para establecer empatía, capacidad para entender los sentimientos de los demás habilidad para dar apoyo emocional habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

b) Selección de ítems.

Se han seleccionado los 42 ítems aceptados en los resultados del segundo estudio.

c) Estructura del Cuestionario “Definitivo”

La distribución de los 39 ítems entre los 6 factores del cuestionario “definitivo” es la siguiente:

Factor 1 “Satisfacción personal”: 8 ítems

Factor 2 “Actitud prosocial”: 5 ítems

Factor 3 “Autocontrol”: 5 ítems

Factor 4 “Autonomía”: 5 ítems

Factor 5 “Resolución de problemas y autoactualización”: 9 ítems

Factor 6 “Habilidades de relación interpersonal”: 7 ítems.

Este estudio permitió que Teresa Lluch (1999), llegara a la conclusión que los resultados estadísticos son muy satisfactorios para los factores F1, F3, F4, F5 y F6. Sin embargo, el factor F2 presenta algunos problemas en relación a la consistencia interna y la validez de criterio. Al igual que en el estudio uno y dos, los diferentes análisis para cada factor tienden a coincidir.

En síntesis, se puede concluir que en este tercer estudio, el modelo resultante se corresponde con el modelo planteado inicialmente. Se perfila la posibilidad de configurar un modelo de salud mental positiva compuesto por 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6). La estructuración de estos 6 factores en un modelo explicativo de

salud mental positiva supondría la articulación de aspectos, tanto teóricos como prácticos, que en la actualidad se abordan de forma independiente o dentro de marcos conceptuales poco integrados. El modelo que se perfila es coherente con los conceptos que se utilizan habitualmente en la bibliografía sobre el tema y con los programas aplicados de prevención y promoción de la salud. En este sentido, parece que los factores obtenidos están más próximos a la realidad que los planteados en el estudio uno y dos, siguiendo los criterios de Jahoda (citada por Lluch. 1999).

Desmovilización y Reinserción

Desmovilizado. El concepto de desmovilizado que se consagra en la normatividad nacional establece claramente sus límites y características. El decreto 128 de 2003, establece que desmovilizado es todo aquel: “que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es grupos guerrilleros y de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República”. Esto quiere decir que el combatiente ha dejado las armas de manera voluntaria como resultado de una negociación y un acuerdo de paz negociado. Como ya se ha mencionado anteriormente, al proceso de desmovilización le sigue un proceso de reintegración social que busca básicamente asegurar la no repetición de acciones delictivas y creación de grupos armados al margen de la ley.

Por ende, y según el decreto 128 de 2003 el concepto de *reinsertado*, *reincorporado*, o *reintegrado* es “todo aquel desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), que se encuentra en el proceso de reincorporación a la vida civil”

Características de los Desmovilizados.

Los grupos desmovilizados incluyen hombres, mujeres y niños que han servido en fuerzas armadas regulares o irregulares, sus motivos para desmovilizarse difieren mucho, de esta forma la asistencia que reciben también debe reflejar estas diferencias:

La mayoría de las personas desmovilizadas tienen pocas posesiones materiales o propiedad, no obstante sus expectativas tras años de conflicto armado tienden a ser altas. Muchos de ellos han sido traumatizados por sus experiencias de guerra. Se encuentran combatientes con lesiones o enfermedades permanentes (SIDA) y personas mayores que han pasado una gran parte de sus vidas como combatientes.

Las mujeres, que están muy representadas en algunas fuerzas de la guerrilla sufren la discriminación, porque su status en la guerra generalmente no es reconocido, permitiendo así que sean excluidas de los beneficios asociados con ello, o que se le quite importancia a su papel en el conflicto. La discriminación de las mujeres a menudo está basada en suposiciones basadas en su papel doméstico. En Bogotá el 13 de mayo de 2007 en la celebración del día de la madre se destaca la entrega de 1.893 mujeres que pertenecían a grupos subversivos y que decidieron escapar de sus estructuras guerrilleras para acogerse al programa de atención humanitaria al desmovilizado; de esta muestra se encuentran 109 madres solteras y un buen número de menores de edad que hacían parte de grupos terrorista como las FARC, el ELN, Autodefensas Ilegales y otros grupos al margen de la ley.

El 37% de las desmovilizadas tienen hijos, en tanto que el 42% son solteras o conviven en unión libre de acuerdo a los datos manejados por la oficina de Atención Humanitaria al Desmovilizado (Recuperado en www.ejercito.mil.co).

Los niños y personas jóvenes que pertenecen a los grupos armados no tienen hogares a los cuales volver cuando se han desmovilizado, además cuando han sido alzados en armas la mayor parte de sus vidas necesita atención especial y programas de rehabilitación social y psicológica.

En cuanto al nivel educativo los ex guerrilleros muestran un nivel bajo en educación en comparación con los exparamilitares, pero esto podría ser producto de la diferencia en los grupos de base en términos de las zonas rurales frente a las zonas urbanas.

Se observa que la mayoría de los excombatientes vienen de ser pobres y tener pocas oportunidades. El reclutamiento de jóvenes oscilan en edades de 8 a 13 años; Los que se sumaron a una edad más temprana son más propensos a desertar.

La utilización de las armas de fuego por primera vez se puede dar en edades entre los 14 y 18 años. Los derechos de las mujeres que participan en las hostilidades, en especial los derechos sexuales y reproductivos, se ven particularmente afectados por el abuso de poder al interior de los grupos armados ilegales. Asimismo, persiste en las FARC-EP el uso obligatorio de métodos anticonceptivos y la práctica forzosa del aborto.

Se dice que los grupos de guerrillas han secuestrado a jovencitas para que sirvan de pareja a sus jefes. También se tienen informes de haber llevado con engaño a las FARC a jovencitas de las que luego se abusó. El denominado "reclutamiento" se hace por la persuasión, ya que son pocas las alternativas. También se dice que los

grupos de autodefensa o paramilitares han secuestrado a muchachas que han usado como esclavas sexuales; es difícil que se hagan denuncias oficiales, ya que quienes han escapado viven en el temor”.

Como complemento al modelo de violencia y agresión existen otros factores que intervienen en la formación de este tipo de individuos. La familia influye, porque estos individuos al margen de la ley pueden tener familiares quienes a su vez han hecho parte de grupos armados. También los métodos de crianza influyen en estos comportamientos, puesto que muchos de ellos pueden haber salido de familias en donde el hecho de expresar los sentimientos, es tomado como un rasgo de debilidad e incompetencia; donde el respeto se gana a través de actitudes de hostiles que buscan infundir miedo en los que están a su alrededor (Gamboa, 2006).

Todos los excombatientes que vuelven a la vida civil necesitan ser preparados para afrontar las condiciones sociales que encontrarán. En el caso de Las mujeres pueden haber asumido nuevos papeles y adquirido autoridad al unirse a un grupo armado o al mantener a sus hijos ellas mismas y pueden no querer abandonar la autoconfianza recientemente adquirida, además pueden haber aprendido nuevas destrezas que no encajan en los papeles tradicionales.

A los hombres, por su parte, les puede resultar difícil aceptar tales cambios, ya que esto afecta su propio papel social y tareas asociadas, por esto es necesario informarlos de las causas y consecuencias de tales cambios.

Por esto, la orientación psicosocial también incluye la preparación para la integración en comunidades y los obstáculos a ser enfrentados, tales como discriminación o estigmatización, deben ser descritos los métodos para tratar de

asuntos difíciles sobre reintegración, la información sobre la educación de los niños debe ser compartida tanto con los adultos como con los niños.

Dentro de las consecuencias de la guerra incluyen funcionamiento severamente perjudicado, incluso incapacidad ocupacional y emocional, incapacidad de mantener relaciones sociales, aislamiento social, agresividad, sentimientos depresivos y poca auto-estima. Todo ello conlleva a un círculo vicioso de sufrimiento que perpetúa los trastornos fundamentales y refuerza el ciclo del trauma (Arjona, Stathis, Kalyvas, 2006)

Dentro del perfil psicológico del individuo que pertenezca a cualquier grupo subversivo, podría clasificarse con una personalidad antisocial, la cual tiene característica de impulsividad imprudencia, gusto al riesgo, hostilidad, actitudes vengativas con ausencia de sentimientos de culpa y gran desprecio y violación por los derechos de los demás.

Estos tipos de rasgos de personalidad, nos podrían explicar el por qué de las crueles acciones de los paramilitares, en donde las víctimas no tienen el estatus de seres humanos sino de piezas de un juego que ellos pueden manipular y utilizar para lograr sus objetivos. En el accionar paramilitar se observa el asesinato con barbarie, es una característica simbólica que les permite obedecer al fenómeno compulsivo que los dirige y a descargar su agresividad en la destrucción y aniquilamiento del enemigo. Además, el manejo de poder y el control; con este tipo de accionar el individuo paramilitar logra cierto reconocimiento, respeto e incluso admiración lo cual refuerza su propia percepción de dominador. Donde la impunidad ha llegado a grados inimaginables, es poco probable que reciban reprobación por sus actos.

Entonces, el engaño, la manipulación y el atropello, se convierte en herramientas útiles para sobrevivir y lograr un lugar importante dentro de la sociedad.

En cuanto al estrés y trauma de los excombatientes ha de ser tratado cuidadosamente prestando atención a las formas tradicionales de tratamiento psicológico y reconciliación, proporcionando a cada excombatiente la información sobre cómo acceder a servicios de asesoramiento psicológico (Bonanno, 2004).

Causas de la desmovilización

El agotamiento de la vida como un combatiente y el deseo de regresar a su familia, encontrar una actividad para hacer dinero con el fin de estudiar para iniciar una nueva vida y formar una familia, confianza en el gobierno, pensamiento del grupo en estar cerca de perder la guerra.

En cuanto a la actitud frente al proceso de la mayoría de los encuestados dicen que estuvieron de acuerdo con la decisión, mientras que el 8% afirman que no. Aunque se trata de un pequeño porcentaje de los excombatientes. Estas actitudes hacia la negociación podrían ser de importancia para el diseño de los componentes de la integración del programa, así como para garantizar que no se unan a otra organización y la reanudación de los combates (Arjona, Stathis, Kalyvas ,2006).

En el 2005 se llevó a cabo 829 entrevistas a gran escala con guerrilleros y paramilitares la mayoría contestaron que su desertión se daba con el deseo de recuperar la familia y reducir las penurias de la vida militar que llevaban en la selva. En lo que respecta a su condición de desmovilizado le preocupa su seguridad personal y se quejan de las promesas incumplidas en el programa.

Cerca del 4% de los encuestados dijeron que se sumaron como una manera de buscar protección o para escapar de una amenaza; alrededor del 5% de los encuestados dijeron que eran reclutados a la fuerza. Cabe anotar que muchos de los Desmovilizados tienen deficiencias físicas, como la pérdida de cualquier miembro del cuerpo.

En cuanto a la familia la mayoría de los encuestados respondieron que procedían de familias pobres, algunos de los miembros trabajó como recolector de coca. Los encuestados fueron más propensos a informar sentimientos negativos hacia los grupos rivales que sentimientos positivos hacia el grupo que pertenecía. Otro aspecto que se demuestra es que los excombatientes de todos los grupos provienen de familias muy víctimas y redes: muchos dicen tener familiares o amigos asesinados, amenazados o desplazados por grupos armados antes de su adhesión. Además proceden de zonas en promedio con un nivel alto de violencia donde se llevaban acabo masacres por parte de los grupos armados (Arjona, Stathis, Kalyvas, 2006). Dentro de los efectos Psicosociales, los conflictos armados como emergencias complejas que son, tienen efectos graves en sus variadas víctimas y deben considerarse verdaderos problemas de salud pública. Por su parte los conflictos armados prolongados son causa de un conjunto de alteraciones en el ámbito individual, familiar y social, que exceden la capacidad de manejo; además condicionan secuencias inmediatas, así como a mediano y largo plazo, de ahí que la gravedad de su impacto se explique por la gran magnitud de reacciones individuales, que se convierten en colectivas, y por la ruptura de redes de sostén con las que cuenta el individuo (Medina y Restrepo, 2005).

En el caso de los desmovilizados, teniendo en cuenta que la mayoría son jóvenes y han iniciado su participación en el conflicto siendo menores de edad, se encuentran en situación de fragilidad desde el punto de vista psicológico. Además, durante su permanencia activa en los grupos ilegales estos individuos están al margen de una conducta ciudadana, de oportunidades de educación y capacitación de adquirir competencias socialmente aceptadas. Una vez de regreso a la vida civil, padecen de temor crónico por las represalias ante su deserción y se ven enfrentados a desafíos sociales, para los cuales no están preparados, entre ellos adquirir o recuperar la condición de ciudadanos, prescindir del apoyo grupal y aprender a defenderse como individuos autónomos en un mundo competitivo y hostil, que, en principio los discrimina y no les ofrece las condiciones para su readaptación social.

De acuerdo a las prioridades de atención en salud mental a la población desmovilizada; se puede evidenciar marcadas ansiedades en su proceso de reincorporación a la vida civil, gran deseo de reorientar sus vidas dentro de la vida civil, tienen pobre capacidad de espera, como vienen de un modelo autoritario y de paternalismo armado, que combina la gratificación inmediata con el terror, no están preparados para los conflictos de la convivencia. Del mismo modo, se logra detectar rasgos de personalidad que dificultan su adaptación social, asimismo, el porcentaje de desmovilizados con trastornos psiquiátricos que ameritan tratamiento especializado no es muy alto: se puede equiparar al de la población general.

Dentro de la atención psicosocial a esta población un equipo trabaja en un ritual de paso que incluye quemar su antiguo alias; reciben además, capacitación en valores ciudadanos, labor en la cual se reconoce el apoyo de la policía, pues resulta fundamental el acercamiento de los desmovilizados con la autoridad uniformada que

representa a las instituciones democráticas. A través de talleres se preparan para su regreso al seno de la familia (Restrepo, 2005).

Las intervenciones en los desmovilizados deben buscar aliviar o resolver los efectos producidos por el trauma y reestablecer la normalidad de los individuos y las colectividades, a fin de evitar la revictimización y favorecer un ambiente propicio para la intervención psicológica (Medina y Restrepo, 2005).

Proceso de desmovilización

El proceso de desmovilización consiste en el acuartelamiento o acampamiento de las tropas en zonas especificadas; la entrega, almacenamiento, custodia y eliminación de sus armas; y la puesta en práctica de programas temporales para satisfacer sus necesidades inmediatas y para ayudarles a su reintegración socioeconómica, de modo que sean capaces de mantenerse a sí mismos y a sus familias.

Este proceso comprende diferentes escenarios, desde combatientes individuales hasta la concentración de tropas en campos designados para el registro y desarme. El objetivo de la desmovilización además de reducir o disolver completamente los grupos alzados en armas que han participado en un conflicto; registrar, contar, seguir a los combatientes y prepararlos para su integración en la comunidad (Presidencia de la República).

Los principales intereses de la Alta Consejería Presidencial para la Reintegración (ACR), son ofrecer a los desmovilizados en proceso de reintegración programas, carreras técnicas y tecnológicas en el SENA, así como en formación complementaria.

A mayo de 2009, 7.736 participantes están cursando diferentes programas, lo que demuestra la importancia de la educación y la formación para el trabajo en el proceso de reintegración (Bajado de red, página web de la Alta Consejería para la Reintegración). Los excombatientes afectados no pueden sacar todo el provecho de las actividades psicosociales y reintegrativas, pero las personas afectadas y quienes cuidan de ellas necesitan apoyo adecuado.

No obstante las unidades psiquiátricas centralizadas y tradicionales de los grandes hospitales tienen muchas limitaciones; por lo tanto el fomento y el desarrollo de servicios para el tratamiento de salud basados en la comunidad deben ser incorporados en las políticas de salud pública de las sociedades posconflicto.

El fomento del servicio psicosocial requiere de algún tipo de terapia o asesoramiento psicológico que debe estar basado en las tradiciones y costumbres locales. Escuchar, comprender y asesorar, la asimilación social del trauma y la limpieza ritual de un estigma son los aportes que no pueden ser proporcionados completamente por los servicios del sistema de salud. Estos procesos tienen lugar dentro de las familias, en comunidades religiosas, dentro de grupos por edades o grupos de iniciación (Gleichmann, Odenwald, Steenken y Wilkinson, 2004).

La discusión pública de este tema puede estimular a la gente a articular sus experiencias de guerra y traumas en la privacidad de sus propias casas; sin embargo, la gente no habla fácilmente de sus experiencias traumáticas. En realidad el evitar hablar y pensar sobre la experiencia traumática es un fenómeno clínico conocido y el aislamiento o la retirada de las redes de apoyo social son consecuencias comunes de ello. Una forma de ayudar eficazmente a individuos afectados de forma severa a reasumir sus papeles en la sociedad es ayudarlos a encontrar las palabras adecuadas

para expresar experiencias que de otra forma serían inexpresables. Una vez que un(a) sobreviviente es capaz de hablar sobre las experiencias pasadas, él / ella estará más abierto(a) a las instituciones sociales o los grupos comunitarios que tratan de la recuperación, reconciliación e integración para facilitar la asimilación del trauma.

Las medidas en este campo igualmente deben estar destinadas a los multiplicadores que asumen las funciones de asesoramiento psicológico. Los maestros, médicos, sacerdotes, dignatarios locales, los profesionales sanitarios deben jugar un papel importante en este proceso. Aumentar la conciencia sobre el trauma psicológico y las ‘lesiones internas’ de los excombatientes y refugiados repatriados, es una importante tarea de los programas de reintegración. La transferencia de capacidades y conocimientos para y por estos multiplicadores es otro objetivo en este campo. El desarrollo de capacidad para los profesionales sanitarios en el campo de la salud mental debe ser desarrollado en conjunto (Gleichmann, Odenwald, Steenken y Wilkinson, 2004).

Primero se saca un perfil psicológico, laboral y cívico. Se observa si es tranquilo, violento, buenas relaciones en su casa, habilidades para el mercado laboral, en qué es pertinente capacitarlo. De acuerdo a ese punto de partida la persona se compromete a hacer una ruta de reintegración. Luego entran los profesionales en salud, educación y reintegración económica para darle apoyo a la familia.

Se realizan talleres psicológicos entre el desmovilizado y su familia. Se dejan claros cuáles son sus deberes y sus derechos y que puedan valerse por sí mismos en su familia, en un ambiente de trabajo, educativo y en su comunidad (Recuperado en <http://www.reintegracion.gov.co>).

El alto comisionado para la Paz, Frank Pearl, afirma que antes de entrar al mundo laboral, los reinsertados reciben un dinero que depende de su compromiso y de los resultados. Es obligatorio que tengan asesoría psicológica y que estén estudiando. Si sólo reciben acompañamiento de psicólogos, reciben 150 mil pesos al mes. Si además están estudiando, les va bien y cumplen, los reinsertados pueden recibir hasta 480 mil pesos. Cualquier persona que esté en un grupo ilegal, Farc o Eln, puede presentarse donde quiera. Brigadas militares, procuradores, defensores del pueblo o un sacerdote, y dice ‘me quiero desmovilizar’. Ahí entra el Ministerio de Defensa a brindarle protección y a hacer unos filtros verificando la identidad y la pertenencia a un grupo armado ilegal.

Luego de dos o tres meses, en los que está en una Casa de Paz, se le ubica a la familia que no ha visto durante años (...). Se les brinda apoyo psicológico y luego de estos meses ellos ya están listos para vivir por su propia cuenta en la ciudad del país que quieran, dependiendo dónde está su familia y dónde se sienten seguros. Cuando ya están listos para valerse por sí mismos, o dejan de recibir el apoyo económico o se gradúan del proceso (Recuperado en <http://www.reintegracion.gov.co>).

Metodología

Variable de Estudio

La variable única de este trabajo es la Salud Mental Positiva constituida por seis factores a través de los cuales se expresa. A continuación se define cada uno de estos aspectos.

Salud Mental Positiva

La Salud Mental Positiva es un estado de funcionamiento óptimo de la persona - psicológico, social y físico-, que implica la promoción de las cualidades del ser humano facilitando su máximo desarrollo potencial (Lluch, 1999).

Se medirá utilizando la Escala de Medición de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), que evalúa factores que componen la variable satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas, autoactualización y habilidades de relaciones interpersonales.

Definición conceptual de Salud Mental Positiva

Jahoda (referenciado por Lluch, 1999), concibe la Salud Mental Positiva como la interrelación de seis factores tales como: Actitudes hacia sí mismo, crecimiento y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad, dominio del entorno que potencian el desarrollo personal del individuo de forma positiva (Ver Tabla 01).

Tabla No. 1.

Factores de Salud Mental Positiva.

Factores de Salud Mental Positiva	Definición
Satisfacción Personal	Hace referencia al concepto que tiene la persona de sí mismo, la satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro.
Actitud Prosocial	Es la actividad social del individuo hacia la sociedad, con una actitud de ayuda-apoyo hacia los demás (altruista) con una aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.
Autocontrol	Capacidad para afrontar el estrés en situaciones conflictivas manteniendo

	un equilibrio y control emocional, evitando la ansiedad y el estrés.
Autonomía:	Es la capacidad del individuo de auto regular la propia conducta que le permita adquirir la autorresponsabilidad, independencia, seguridad personal y confianza en si mismo.
Auto actualización y Solución de Problemas	Es la habilidad del individuo de aprender de las experiencias cotidianas de la vida y luchar por las cosas que valga la pena asimilando los cambios que ocurren en la rutina habitual de manera positiva.
Relaciones Interpersonales	Es la habilidad de establecer relaciones Interpersonales íntimas para entender los sentimientos de los demás, brindar apoyo emocional y empatía.

Nota: La Tabla N° 1 contiene la definición de los factores de salud mental positiva, descritos por Jahoda (citado por Lluch, 1999).

La Variable estuvo medida a través de la Escala de Salud Mental Positiva (Ver Apéndice B).

Diseño de Investigación

El estudio sigue un diseño descriptivo, que busca describir las variables para el caso de los 6 criterios sobre la salud mental positiva y cada una de las variables sociodemográficas, como la edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil

Participantes

La población objeto de estudio está conformada por un numero de 30 sujetos en condición de desmovilizados, adscritos a la alta conserjería para la Paz; La muestra está compuesta por un grupo heterogéneo de diferente nivel socioeconómico, grado de escolaridad, edad y estado civil.

Instrumento

Escala de Salud Mental Positiva. Esta escala ha sido diseñada sobre las bases empíricas del modelo de salud mental positiva propuesto por Jahoda (1958), referida y retomada para su estudio por Lluch (1999). Al igual que su versión inicial la escala

de salud mental positiva tiene como objetivo principal evaluar aspectos psicológicos positivos que intervienen en la forma que cada persona tiene de estar y de afrontar la vida. El cuestionario adopta una estructura de 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6); que a su vez contiene 39 ítems (Ver Apéndice B).

Estructura del Cuestionario. Con el fin de identificar los criterios de salud mental positiva en población desmovilizada se utilizara una “escala para evaluar salud mental positiva” Lluich Canut, Maria Teresa, (1958) de la Universidad de Barcelona, El cuestionario definitivo tiene 39 ítems. Los resultados de los análisis psicométricos son favorables y congruentes con los resultados comunes obtenidos en algunos instrumentos que miden algunos aspectos positivos de salud. Se perfila un nuevo modelo de salud mental positiva compuesto por 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6). Estos factores resultantes son coherentes con los conceptos utilizados en la bibliografía actual de salud mental.

La escala para la medición de la salud mental positiva, fue elaborada por Lluich en 1999 como trabajo de investigación para optar al título de doctora en psicología en la Universidad de Barcelona. Esta escala se realizó bajo la dirección de Juana Gómez Benito y María Dolores Peris Pascual, en la ciudad en Barcelona, España.

El cuestionario está conformado por 39 ítems positivos y negativos, en donde se preguntan sobre los diferentes factores que componen el modelo de la Salud Mental Positiva. El instrumento tiene cuatro opciones de respuesta: Siempre o Casi Siempre, Con Bastante Frecuencia, Algunas Veces y Nunca o Casi Nunca.

A continuación se muestran los ítems que hacen parte de este instrumento, y el cuestionario completo se presenta en el Apéndice 01.

Factores de Salud Mental Positiva

Puntuaciones para ítems positivos (+):	Puntuaciones para ítems negativos (-):
Siempre o casi siempre: valor 1	Siempre o casi siempre: valor 4
Con bastante frecuencia: valor 2	Con bastante frecuencia: valor 3
Algunas veces: valor 3	Algunas veces: valor 2
Nunca o casi nunca: valor 4	Nunca o casi nunca: valor 1

Factor	Ítem	Preguntas
SATISFACCIÓN PERSONAL	Item nº 4 (+)	Te gustas como eres
	Item nº 6 (-)	Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida
	Item nº 7 (-)	Para ti la vida es aburrida y monótona
	Item nº 12 (-)	Miras tu futuro con pesimismo
	Item nº 14 (-)	Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean
	Item nº 31 (-)	Creer que eres un/a inútil y que no sirves para nada
	Item nº 38 (-)	Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o
	Item nº 39 (-)	Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico
ACTITUD PROSOCIAL	Item nº 1 (-)	A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas
	Item nº 3 (-)	Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas
	Item nº 23 (+)	Piensas que eres una persona digna de confianza
	Item nº 25 (+)	Piensas en las necesidades de los demás
AUTOCONTROL	Item nº 37 (+)	Te gusta ayudar a los demás
	Item nº 2 (-)	Los problemas me bloquean fácilmente

	Item nº 5 (+)	Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas
	Item nº 21 (+)	Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos
	Item nº 22 (+)	Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida
	Item nº 26 (+)	Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad.
AUTONOMÍA	Item nº 10 (-)	Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti
	Item nº 13 (-)	Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
	Item nº 19 (-)	Te preocupa que la gente te critique
	Item nº 33 (-)	Te resulta difícil tener tus propias opiniones
	Ítem nº 34 (-)	Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN	Item nº 15 (+)	Eres capaz de tomar decisiones por mi misma / o
	Item nº 16 (+)	Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden
	Item nº 17 (+)	Intentas mejorar como persona
	Item nº 27 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item nº 28 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item nº 29 (+)	Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan
	Item nº 32 (+)	Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes
	Item nº 35 (+)	Eres capaz de decir no cuando quieres decir no
	Ítem nº 36 (+)	Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones
HABILIDADES DE RELACIONES INTERPERSONALES	Item nº 8 (-)	A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite
	Item nº 9 (-)	Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias
	Item nº 11 (+)	Creer que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas
	Item nº 18 (+)	Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es decir, "un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas
	Item nº 20 (+)	Creer que eres una persona sociable

Ítem nº 24 (-)	A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás
Ítem nº 30 (-)	Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes

La distribución de los 39 ítems entre los 6 factores del cuestionario “definitivo” es la siguiente:

Factor 1 “Satisfacción personal”: 8 ítems

Factor 2 “Actitud prosocial”: 5 ítems

Factor 3 “Autocontrol”: 5 ítems

Factor 4 “Autonomía”: 5 ítems

Factor 5 “Resolución de problemas y autoactualización”: 9 ítems

Factor 6 “Habilidades de relación interpersonal”: 7 ítems.

Análisis de datos

Para el análisis psicométrico del cuestionario se han aprovechado los datos del segundo estudio y se han realizado los siguientes análisis:

Análisis de ítems mediante el índice de homogeneidad (correlación ítem-factor),

Análisis de fiabilidad mediante: Coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951), para medir la consistencia interna.

Correlación test-retest, para medir la estabilidad temporal.

Análisis de Validez.

Validez de contenido. Se han consultado los jueces expertos que han colaborado en los estudios anteriores.

Validez de criterio. Mediante correlaciones con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) y con variables relativas a la salud física y mental.

Validez de constructo. Se ha realizado un análisis factorial exploratorio, según el método de Componentes Principales, aplicando una rotación oblimin. Se analizan, también, las correlaciones entre factores.

Los diversos análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 8.0 (Norusis, 1998).

Fiabilidad

Consistencia interna. Como indicador de la consistencia interna del instrumento construido se utiliza el coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951). El criterio que se establece para considerar aceptable el coeficiente es que su valor sea igual o superior a 0.70.

En los resultados reflejados en la tabla 6.4 se puede observar que todos los factores, excepto el 2 “Actitud prosocial”, obtienen un coeficiente alfa superior a 0.70 y que los errores típicos de medida (SEM) no son excesivamente elevados.

Los factores “Satisfacción personal” (F1), “Autocontrol (F3), “Autonomía” (F4) y “Resolución de problemas y autoactualización” (F5) tienen valores alfa muy satisfactorios, con un rango que oscila entre 0.77 y 0.82 (ver tabla 6.3). Por otro lado, el factor 6 “Habilidades de relación interpersonal” obtiene un índice de fiabilidad de 0.71. El factor 2 “Actitud prosocial” presenta un índice de fiabilidad inferior al criterio establecido (alfa de Cronbach=0.58), que no aumenta eliminando ningún ítem. Es interesante señalar que este factor está configurado por ítems del factor 5 del estudio dos y presentó un valor alfa inferior a 0.70. Considerando los coeficientes de fiabilidad de cada factor, si se eliminan los ítems sugeridos, se observa que la consistencia interna de todos los ítems de cada factor es óptima. En ningún caso la exclusión de un ítem incrementa el valor del alfa global del factor.

Análisis de Validez

Validez de contenido: Se han consultado los jueces expertos que han colaborado en los estudios anteriores.

Validez de criterio: Mediante correlaciones con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg y con variables relativas a la salud física y mental.

Validez de constructo: Se ha realizado un análisis factorial exploratorio, según el método de Componentes Principales, aplicando una rotación oblimin. Se analizan, también, las correlaciones entre factores.

Los diversos análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 8.0 (Norusis, 1998).

Procedimiento

Presentación del tema por línea de Investigación.

Selección del tema.

Ubicación en la Línea de Investigación.

Búsqueda Bibliográfica.

Elaboración del Anteproyecto.

Elaboración Marco teórico.

Avances del Informe.

Definición de Indicadores.

Selección de la muestra y Aplicación de Prueba: Con el fin de recolectar la información sobre la población objeto de estudio, se realizarán contactos con las Instituciones a cargo del proceso de Reinserción de desmovilizados en el municipio de Bucaramanga.

Autorización y firmas de consentimiento informado (Ver Apéndice (B)).

Se establecerá contacto con el grupo de población desmovilizada que previamente han sido escogidas con el tipo de muestra por conveniencia, a quienes se les informará el objeto de estudio. Al final de esta presentación, a aquellas personas que manifiesten su intención de participar se les hará entrega de la carta de consentimiento informado, la que debe ser firmada por cada una de ellas, en seguida se aplica el instrumento a la muestra seleccionada, se registran los datos y se analizan aplicando un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y por último se realiza el informe para presentar al grupo evaluados de la investigación.

Resultados

A continuación se encuentran los resultados de la investigación de Salud Mental Positiva en una muestra de Desmovilizados de la ciudad de Bucaramanga, mediante tablas que apoyan la descripción de la información, bajo un análisis estadístico descriptivo.

El análisis se divide en las siguientes categorías de información:

1. Características Sociodemográficas:

1.1 Género y Edad, descritas en la Tabla No. 02

1.2 Edad, Problemas de salud física, Problema de salud mental, Asistir al psicólogo o psiquiatra descrita desde la Tabla No.03 a la 06

2. Características de la Salud Mental Positiva, preguntas por factor y opciones de respuesta para la muestra de estudio, presentadas desde la tabla

Tabla N° 02. Características Sociodemográficas del grupo poblacional.

		Genero				
		Femenino		Masculino		
		% del N válido	N	% del N válido	N	
Edad	19 – 24	16,7%	1	83,3%	5	6
	25 – 30	,0%	0	100,0%	13	13
	31 – 36	10,0%	1	90,0%	9	10
	37 – 42	,0%	0	100,0%	1	1
Total			2		28	30

Nota: En la tabla se describen las características sociodemográficas en cuanto a edad y género.

*El número total de los participantes fue de 30 personas.

Los rangos de edad, tienden a concentrarse en el Periodo adulto, comprende de 25-36 años. Situación evidente en la muestra de hombres respectivamente es el 100% y 90%. En el caso de las mujeres, solo hay dos en total, una de ellas, está en el rango más joven de 19-24 años, junto con otros cinco hombres que corresponden al 83.3%, Mientras que la otra mujer, se ubica en el rango de 31 a 36 años, que está dentro de la concentración de población de hombre.

Tabla N° 03
Problemas de Salud Física y Mental de la muestra

		Edad				
		19 – 24	25 – 30	31 – 36	37 – 42	
Problemas de salud física	Si	Recuento	2	7	3	1
		% del N válido de fila	33,3 %	53,8 %	30,0 %	100,0 %
	No	Recuento	4	6	7	0
		% del N válido	66,7	46,2	70,0	,0%

		de fila	%	%	%	%
Problema de salud mental	Si	Recuento	3	3	2	1
		% del N válido de fila	50,0	23,1	20,0	100,0
	No	Recuento	3	10	8	0
		% del N válido de fila	50,0	76,9	80,0	,0%
Asistir al sicólogo o psiquiatra	Si	Recuento	2	0	1	0
		% del N válido de fila	33,3	,0%	10,0	,0%
	No	Recuento	4	13	9	1
		% del N válido de fila	66,7	100,0	90,0	100,0

Tal como se aprecia en la Tabla No.03 en cuanto a la salud física, los participantes manifiestan que tienen problemas de salud, un total de 13 personas (hombres y mujeres), sumadas en los cuatro rangos de edad, lo cual equivale al 43,3%; Contestan que no han tenido problemas de salud el restante 57,7%. De manera, particular por rangos, se puede apreciar que la concentración de muestra para los que afirman y niegan tener dificultad en salud, se destaca los rangos de 25-36 años.

El 36.6% afirman tener Problemas de salud mental sumadas en los cuatro rangos de edad, frente al 64.4% que expresa no haberlo tenido (suma de los cuatro rangos). Sin embargo por rangos específicos de edad el resultado se concentra en la muestra de 25 a 36 años

El 10% de la muestra sí asistió al psicólogo o al psiquiatra; dos de ellos lo hicieron en el rango de los 19 a 24 años y uno en el rango de los 31 a 36 años de edad, frente al 90% de la muestra quienes no asistieron ni al psicólogo ni al psiquiatra.

Tabla N° 04.
Nivel Educativo de la muestra.

		Edad			
		19 - 24	25 - 30	31 - 36	
Nivel educativo	Primaria incompleta	Recuento	2	4	2
		% del N válido de fila	33,3%	30,8%	20,0%
	Primaria completa	Recuento	1	1	1
		% del N válido de fila	16,7%	7,7%	10,0%
	Bachillerato incompleto	Recuento	1	4	4
		% del N válido de fila	16,7%	30,8%	40,0%
	Bachillerato medio	Recuento	1	0	2
		% del N válido de fila	16,7%	,0%	20,0%
	Bachillerato completo	Recuento	1	4	0
		% del N válido de fila	16,7%	30,8%	,0%
	CAP SENA formación técnica	Recuento	0	0	1
		% del N válido de fila	,0%	,0%	10,0%
Estrato	1	Recuento	6	11	7
		% del N válido de fila	100,0%	84,6%	70,0%
	2	Recuento	0	2	3
		% del N válido de fila	,0%	15,4%	30,0%
Estado Civil	Soltero	Recuento	2	5	2
		% del N válido de fila	33,3%	38,5%	20,0%
	Casado	Recuento	0	1	1
		% del N válido de fila	,0%	7,7%	10,0%
	Unión Libre	Recuento	4	7	7
		% del N válido de fila	66,7%	53,8%	70,0%

La tabla N° 04 muestra que el 13,3% tienen primaria completa; el 17% tienen bachillerato completo, resaltándose este porcentaje en la edad de 25 a 30 años y el 3% de la muestra tiene una formación a nivel técnico (CAP SENA), en el rango de los 31 a 36 años de edad, frente a un 66,7% con nivel educativo incompleto.

El 80% del total de la muestra pertenecen a un estrato socioeconómico nivel uno, frente al 20% que pertenecen a un estrato dos.

El estado civil muestra que el 70% de la muestra tienen más responsabilidad, pues están comprometidos, aunque de esta muestra solo el 2,8% está comprometido formalmente mediante el sacramento del matrimonio; frente a un 30% que se encuentran solteros.

Tabla N° 05
Motivo Salud Física de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	17	56,7	56,7	56,7
	Lesiones	2	6,7	6,7	63,3
	Hernia	2	6,7	6,7	70,0
	Cáncer	1	3,3	3,3	73,3
	Cefaleas	1	3,3	3,3	76,7
	Problemas de columna	2	6,7	6,7	83,3
	Respiratorios	1	3,3	3,3	86,7
	Renales	1	3,3	3,3	90,0
	Piernas	2	6,7	6,7	96,7
	Ojos	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

El 56.7% de las personas manifestaron no tener ningún motivo de salud física, frente al 43,3% presentan diversos problemas de salud, concentrándose en las lesiones, hernias, problemas de columna y lesiones en las piernas.

Tabla N° 06.
Motivo Salud Mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	22	73,3	73,3	73,3
	Cáncer	1	3,3	3,3	76,7
	Lesiones	1	3,3	3,3	80,0
	Accidente laboral	1	3,3	3,3	83,3
	Renal	1	3,3	3,3	86,7
	Oído	1	3,3	3,3	90,0
	Control general	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

El 73,3% manifiestan nunca haber sufrido por algún motivo de salud mental, frente a un 23,7% que afirman haber sufrido ya sea cáncer, lesiones, accidente laboral, enfermedad renal, enfermedad de oído o control general.

Tabla N° 07.
Motivo ir a psicólogo o psiquiatra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	27	90,0	90,0	90,0
	Dificultad personal	1	3,3	3,3	93,3
	Situación no favorable	1	3,3	3,3	96,7
	Adhesión tratamiento al Cáncer	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

El 90% de la muestra no tuvo motivos para ir al psicólogo o al psiquiatra, frente al 10% que lo hizo por dificultades personales, situación no favorable, o adhesión al tratamiento.

Tabla N° 08
Satisfacción Personal.

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	% del N válido de la tabla			
...Me gusta como soy	76,7%	3,3%	13,3%	6,7%
...Me siento a punto de explotar	,0%	3,3%	46,7%	50,0%
Para mí, la vida es ... Aburrida y monótona	,0%	3,3%	20,0%	76,7%
...Veo mi futuro con pesimismo	13,3%	,0%	26,7%	60,0%
...Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	,0%	3,3%	13,3%	83,3%
...Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	,0%	3,3%	6,7%	90,0%
...Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	,0%	6,7%	23,3%	70,0%
...Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	3,3%	,0%	13,3%	83,3%

El primer factor de la Salud Mental Positiva es la Satisfacción Personal, aquí se hace referencia al concepto que tiene la persona de sí mismo, la satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro. En la tabla N° 08 se evidencia satisfacción personal con un promedio de 73.75% a diferencia de la minoría que manifiesta un 26.25%.

Con respecto al ítem “creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada” se puede evidenciar que el 100% de la muestra posee estrategias de afrontamiento adaptativas lo que les permite establecer proyecto su proyecto de vida deseable. En una

proporción del 96.6% manifiesta que no se siente insatisfecho con su aspecto físico. Por otro lado, el 100% consideran que son importantes y útiles con relación a las personas que lo rodean.

Tabla N° 09
Actitud Prosocial

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
	% del N válido de Tabla			
A mí... Me resulta difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	20,0%	3,3%	23,3%	53,3%
A mí...Me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	3,3%	3,3%	3,3%	90,0%
... Pienso que soy una persona digna de confianza	90,0%	3,3%	3,3%	3,3%
...Pienso en las necesidades de los demás	63,3%	13,3%	20,0%	3,3%
...Me gusta ayudar a los demás	63,3%	13,3%	16,7%	6,7%

El segundo factor de Salud Mental Positiva, es la Actitud Pro-social, el cual hace referencia a la actividad social del individuo hacia la sociedad, con actitud de ayuda, apoyo y aceptación hacia los demás (altruista) y de los demás al individuo y de los hechos sociales.

En la tabla No. 09 las personas en condición reinsertados, evidencian actitud prosocial con un promedio de 71.98%, contrario con una minoría de personas que no muestran actitud prosocial representado por un 28.02%.

Respecto de los ítems que sobresalen en la tabla 09, es notorio que el 96.6% de la población, contestan que se consideran personas dignas de confianza. En una proporción menor, el 3.4% reportan lo contrario. Similar ocurre con las personas que tiene un 76.6 % piensan en las necesidades de los demás y el 76.6% les gusta ayudar a los otros.

Contrario al grupo anterior, hay dificultad para aceptar a las personas con actitudes diferentes a la de ellos con un 23.3%. Igual sucede con el 6.6% de la muestra que le resulta difícil escuchar los problemas de los demás. Finalmente, un 23.3% no piensa en las necesidades de los demás y un 23.4% no les gusta ayudar a otros.

Tabla 10
Autocontrol

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
	% del N válido de Tabla			
Los problemas...me bloquean fácilmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	3,3%	6,7%	53,3%	36,7%
... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	50,0%	10,0%	30,0%	10,0%
...soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	66,7%	13,3%	16,7%	3,3%
... soy capaz de meter un buen nivel de autocontrol en las	60,0%	6,7%	26,7%	6,7%
Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables,...soy capaz de continuar	60,0%	16,7%	13,3%	10,0%

manteniendo mi
equilibrio personal

El tercer factor de Salud Mental Positiva, es el Autocontrol, el cual hace referencia a la capacidad para afrontar el estrés en situaciones conflictivas manteniendo un equilibrio y control emocional, evitando la ansiedad y el estrés.

En la tabla No. 3 las personas que se reintegraron a la vida civil, evidencian un buen manejo del autocontrol con un promedio de 58%, contrario con una minoría de personas que no muestran manejo del control, representado por un 42%.

Respecto de los ítems que sobresalen en la tabla 3, es notorio que el 80% de los individuos, contestan que son capaces de obtener el control cuando presentan pensamientos negativos. En una proporción menor, el 20% consideran todo lo contrario.

De otro lado, los reinsertados representados en un porcentaje 60%, manifiestan un buen manejo en el control de sus emociones negativas y un 40%, demuestran su dificultad.

De igual manera, ocurre con las personas que tiene un 76.7 %, y el 66.7% respectivamente, mantienen su equilibrio personal a pesar de vivir presiones exteriores y tienen un buen manejo de autocontrol aun si están enfrentando situaciones conflictivas.

Contrario al grupo anterior, el 60% de la muestra experimentan bloqueo ante los problemas que se le presentan. Igual sucede con un 33.4% quienes expresan incapacidad para tener buen nivel de control ante las situaciones negativas. Por otro lado, un 23.3% pierde su equilibrio personal cuando se enfrenta a presiones del ambiente desfavorables.

Tabla N° 11.
Autonomía

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
	% del N válido de Tabla			
...Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi	20,0%	3,3%	30,0%	46,7%
Las opiniones de los demás...Me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	16,7%	,0%	56,7%	26,7%
...Me preocupa que la gente me critique	13,3%	3,3%	30,0%	53,3%
...Me resulta difícil tener opiniones personales	6,7%	,0%	43,3%	50,0%
Cuando tengo que tomar decisiones importantes...Me siento muy inseguro/a	16,7%	6,7%	53,3%	23,3%

El cuarto factor de Salud Mental Positiva, es la Autonomía, el cual hace referencia a la capacidad del individuo de auto regular la propia conducta que le permita adquirir la autorresponsabilidad, independencia, seguridad personal y confianza en sí mismo.

En la tabla No. 11 se evidencia, que un alto porcentaje de reinsertados representados en un promedio de 43.33%, muestran un bajo nivel de autonomía. Contrario con una mayoría de personas que tienen un buen nivel de autonomía en un 56.67%,

Respecto de los ítems que sobresalen en la tabla 11, es notorio que el 76.7% de la población, contestan que cuando tienen que tomar decisiones importantes se sienten inseguros. En una proporción menor, el 56.7% les resulta difícil obtener opiniones personales.

Similar ocurre con las personas que tiene un 50 %, el 46.7%, y el 53.3%, respectivamente, las opiniones de los demás influyen mucho a la hora de tomar sus decisiones, les preocupa las críticas y lo que la gente piense de ellos.

Contrario al grupo anterior, en un 50%, se les facilita obtener opiniones personales. Igual sucede con el 46.7%, a quienes no les preocupa lo que los demás piensen de ellos. Un 41,7%, no les afecta la crítica de los demás, el 53.3%, las opiniones de los demás no influyen en la toma de sus decisiones. Solo el 23.3% se sienten seguros al tomar sus propias decisiones.

Tabla N° 12.**Resolución de Problemas y Autoactualización**

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
	% del N válido de Tabla			
...Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o	76,7%	6,7%	10,0%	6,7%
...Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden	56,7%	13,3%	20,0%	10,0%
...Intento mejorar como persona	73,3%	6,7%	13,3%	6,7%
Cuando hay cambios en mi entorno ... Intento adaptarme	53,3%	16,7%	23,3%	6,7%
Delante de un problema ... Soy capaz de solicitar información	60,0%	10,0%	26,7%	3,3%
Los cambios que ocurren en mi rutina habitual...Me estimulan	46,7%	13,3%	23,3%	16,7%
... Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	80,0%	10,0%	6,7%	3,3%
... Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	43,3%	3,3%	40,0%	13,3%
Cuando se me plantea un problema ... Intento buscar posibles soluciones	66,7%	6,7%	23,3%	3,3%

El quinto factor de Salud Mental Positiva, es la Resolución de Problemas y Actualización, el cual hace referencia a la habilidad del individuo de aprender de las experiencias cotidiana de la vida y luchar por las cosas que valga la pena asimilando los cambios que ocurren en la rutina habitual de manera positiva.

En la tabla No. 12 los reinsertados, evidencian buen manejo de resolución de problemas con un promedio de 61.85%, contrario con una minoría de personas que no tienen un buen manejo en la resolución de sus dificultades, representado por un 38.15%.

Respecto de los ítems que sobresalen en la tabla No. 12, es notorio que el 73.4% de la población, contestan que buscan soluciones a los problemas que se les presentan, y son capaces de tomar decisiones por sí mismos. En una proporción menor, el 87,5% considera que solicitan información ante un problema presentado. Similar ocurre con las personas que tiene un 83,3 %, intentan mejorar como personas y adaptarse a los cambios que le ofrece el entorno.

El 83.4%, el 90%, el 46.6 y el 60% respectivamente, intentan sacar aspectos positivos de las cosas malas que les suceden, tratan de desarrollar y potenciar sus buenas aptitudes, son capaces de decir No cuando quieren decir No, y los cambios que ocurren en su rutina habitual sirven de estímulo.

Contrario al grupo anterior, no son objeto de estímulo los cambios que ocurren en su vida habitual con un 40%. Igual sucede con el 53.4% quienes no son capaces de decir No, cuando quieren decir No. Un 16.6%, no logran sacar aspectos positivos de las cosas malas que le suceden y un 10% no desarrollan ni potencian sus buenas aptitudes. El 6.7% no intentan mejorar como persona y el 6.7% se les dificulta adaptarse cuando hay cambios en su entorno. Un 30% no busca información

que le sirva para la resolución de sus problemas. Por último, el 3,3% no busca posibles soluciones a los problemas y el 6.7% se sienten incapaces de tomar decisiones por sí mismos.

Tabla N° 13
Habilidades de Relaciones interpersonales

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	% del N válido de tabla			
A mí, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	,0%	6,7%	23,3%	70,0%
... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	6,7%	3,3%	40,0%	50,0%
Creo que ... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	43,3%	13,3%	26,7%	16,7%
... me considero "un buen/a psicólogo/a"	53,3%	20,0%	20,0%	6,7%
... creo que soy una persona sociable	56,7%	13,3%	20,0%	10,0%
A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	10,0%	3,3%	33,3%	53,3%
... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	6,7%	6,7%	20,0%	66,7%

El sexto factor de Salud Mental Positiva, es la Habilidad en las Relaciones Interpersonales, el cual hace referencia a la habilidad de establecer relaciones

interpersonales íntimas para entender los sentimientos de los demás brindar apoyo emocional y empatía.

En la tabla No. 12 los reinsertados, reflejan buenas habilidades para generar relaciones Interpersonales con un promedio de 56.18%, contrario con una minoría de personas que no reflejan esas habilidades en relaciones personales, representado por un 43.82%

Respecto de los ítems que sobresalen en la tabla No. 12, es notorio que el 83.3% de la población, contestan que son personas sociables y tienen la capacidad de ponerse en el lugar de los demás para comprender sus respuestas. El 93.3%, se consideran buenos psicólogos. Similar ocurre con las personas que tiene un 66.7 % y el 53.3%, respectivamente, no tienen dificultad para relacionarse con sus jefes, orientadores, etc., consideran que no se les dificulta entender los sentimientos de los demás, además, no tienen dificultad para establecer relaciones satisfactorias y profundas con otras personas, y se les facilita brindar apoyo emocional

Contrario al grupo anterior, tiene dificultad para entender los sentimientos de los demás en la muestra con un 33.3%. Igual sucede con el 46.7% de la muestra; tienen dificultad para establecer relaciones satisfactorias, profundas con otras personas, además para brindar apoyo emocional. Un 66.7%, y un 6.7% respectivamente, tienen dificultad para relacionarse con sus jefes, orientadores, etc., y no se consideran buenos psicólogos. Solo el 10% expresan que no se consideran sociables y un 16.7% no tienen la capacidad de ponerse en el lugar de los demás para comprender sus respuestas.

Discusión

En la presente investigación se ha podido explorar los factores que determinan la Salud Mental en una muestra de sujetos desmovilizados en el Municipio de Bucaramanga. Los factores de salud mental positiva que se tuvieron en cuenta son: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y Auto-actualización y Habilidades de Relación Interpersonal. De igual manera, dichos factores se correlacionaron con los datos demográficos (sexo; edad; nivel educativo; ocupación; número de hijos). De esta forma y teniendo en cuenta los objetivos planteados se puede dar respuesta a la pregunta de investigación de la siguiente manera:

Los grupos desmovilizados incluyen hombres, mujeres y niños que han servido en fuerzas armadas regulares o irregulares, sus motivos para desmovilizarse difieren mucho, de esta forma la asistencia que reciben también debe reflejar estas diferencias. Teniendo en cuenta que entre los años 2003 a 2010 se desmovilizaron un total de 52.385 combatientes entre grupos de guerrilla y paramilitares. De igual manera es importante resaltar que el número de desmovilizados menores de edad entre 2003 y el 2010 fue de 3.624 según la ODDR (2010).

Entre los resultados encontrados, cabe destacar que el 70% de los reinsertados encuestados se encuentran en niveles de estudio primario y secundario incompleto; por cuanto la mayoría de los ex combatientes se considera que son obligados a engrosar las filas de los grupos armados siendo menores y durante la permanencia activa en estos grupos ilegales se les niega la el derecho y la oportunidad de educación, capacitación y adquisición de competencias socialmente aceptadas (Medina y Restrepo, 2005); sin embargo, el análisis de los resultados evidencia que

los participantes reinsertados poseen actitud favorable de superación para alcanzar estudios superiores; y se refuerza esta actitud a través del proceso de Reinserción con apoyo y motivación, que el Trabajo de la Consejería Presidencial para la Reintegración (ACR) le ofrece a los desmovilizados en proceso de reintegración programas, carreras técnicas y tecnológicas en el SENA (Recuperado de <http://www.reintegracion.gov.co>)

De igual manera, se pudo develar que el 80% de la población se encuentra en estrato uno siendo este el más representativo en la población objeto de estudio, dando cuenta que los sujetos en algunos casos engrosan las filas con el fin mejorar sus ingresos económicos y ofrecer un mejor bienestar para él y su familia, ya que personas carentes de recursos económicos además de ser víctimas de familias amenazadas y desplazadas por grupos armados antes de su incorporación (Arjona, Stathis y Kalyvas, 2006). De igual manera cabe resaltar que la mayoría de las personas desmovilizadas tienen pocas posesiones materiales o propiedad, no obstante sus expectativas tras años de conflicto armado tienden a ser altas (Recuperado de <http://www.reintegracion.gov.co>)

Es importante destacar que debido a que la muestra femenina no es representativa se dificulta develar la participación activa tanto en el rol militar, familiar y de madre. Aunque es necesario resaltar a la luz de la teoría, que las mujeres, que hacen parte de algún grupo insurgente sufren la discriminación, porque su status en la guerra generalmente no es reconocido, permitiendo así que sean excluidas de los beneficios asociados con ello, o que se le quite importancia a su papel en el conflicto. La discriminación de las mujeres a menudo está basada en suposiciones basadas en su papel doméstico. En Bogotá el 13 de mayo de 2007 en la

celebración del día de la madre se destaca la entrega de 1.893 mujeres que pertenecían a grupos subversivos y que decidieron escapar de sus estructuras guerrilleras para acogerse al programa de atención humanitaria al desmovilizado; de esta muestra se encuentran 109 madres solteras y un buen número de menores de edad que hacían parte de grupos terrorista como las FARC, el ELN, Autodefensas ilegales y otros grupos al margen de la ley (<http://www.reintegracion.gov.co>).

Teniendo en cuenta que el concepto de Salud Mental Positiva es un estado de funcionamiento óptimo de la persona-psicológico, social y físico-, que implica la promoción de las cualidades del ser humano facilitando su máximo desarrollo potencial (Lluch, 1999). Demostrando que los sujetos que hacen parte del programa de reinserción a la vida civil en Santander, y que participaron en esta investigación, arrojaron los siguientes porcentajes significativos en cuanto a los siguientes factores: Satisfacción personal 73.75%, Actitud Prosocial con un 71.98%, resolución de problemas y actualización con un 61.85% y auto-control con un 58%.

Se puede evidenciar en la población, que a pesar de cada una de las características de los reinsertados, estos encuentran una oportunidad de cambio lo cual les permite que se sientan satisfechos consigo mismo, con los demás, obteniendo cambios de autocontrol y manejo en la resolución ante las dificultades que se le presente, permitiéndoles sentirse útiles y ver el futuro con optimismo.

Teniendo en cuenta que la mayoría son jóvenes y han iniciado su participación en el conflicto siendo menores de edad, se encuentran en situación de fragilidad desde el punto de vista psicológico. Además, durante su permanencia activa en los grupos ilegales estos individuos están al margen de una conducta

ciudadana, de oportunidades de educación y capacitación de adquirir competencias socialmente aceptadas

Una vez de regreso a la vida civil, los excombatientes padecen de temor crónico por las represalias ante su desertión y se ven enfrentados a desafíos sociales para los cuales no están preparados, entre ellos; adquirir o recuperar la condición de ciudadanos, prescindir del apoyo grupal y aprender a defenderse como individuos autónomos en un mundo competitivo y hostil, que, en principio los discrimina y no les ofrece las condiciones para su readaptación social.

Se pudo evidenciar que los factores más representativos en la población fueron el factor 1 “Actitudes hacia si mismo” y el factor 2 “crecimiento y Autoactualización”, con un 73.75% y 71.98% respectivamente con cada uno de sus ítems; en estos factores se hace referencia del concepto que tiene la persona de si mismo, la satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro. Demostrando poseer estrategias de afrontamiento adaptativas, lo que les permite establecer proyecto su proyecto de vida deseable y consideran que son importantes y útiles con relación a las personas que lo rodean

A sí mismo, es importante resaltar que la resolución de problemas y la auto-actualización son utilizados como estrategias de afrontamiento debido a que le permite al individuo que aprenda de las experiencias del día a día y luche por las cosas que considere importantes para sí mismo y por ende asimilando los cambios que ocurren en la rutina habitual de manera positiva.

Por otro lado, en la investigación se encontró al medir la actitud pro social el cual hace referencia a la actividad social del individuo hacia la sociedad, con actitud de ayuda, apoyo y aceptación hacia los demás (altruista) y de los demás al individuo

y de los hechos sociales, se muestra con un promedio de 71.98%, lo que quiere decir que los Reinsertados poseen predisposición activa hacia lo social con actitud de ayuda y apoyo hacia los demás y de aceptación de los demás y de los hechos sociales, a pesar de los temores y los desafíos con los cuales deben asumir y prepararse.

Desde la intervención psicológica, laboral y cívico, se observan rasgos de su conducta que permita evidenciar si los sujetos son tranquilos, violentos, si existen buenas relaciones en su casa, las habilidades para el mercado laboral, para ver cuáles son las necesidades para capacitarlo. Donde se llevan a cabo talleres psicológicos entre el sujeto desmovilizado y su familia (Recuperado de <http://www.reintegracion.gov.co>).

El Factor de Autocontrol, hace referencia a la capacidad para afrontar el estrés en situaciones conflictivas manteniendo un equilibrio y control emocional, evitando la ansiedad y el estrés. Teniendo en cuenta esta definición en este factor, encontramos que los reinsertados evidencian autocontrol con un promedio de 62,52%, indicando que hay un adecuado manejo de ayuda mutua en el grupo y se consideran personas dignas de confianza. Sin embargo, investigaciones relacionadas con este factor aseguran que ante la aparente desmovilización de los agentes, en su salud mental se puede evidenciar marcadas ansiedades en su proceso de reincorporación a la vida civil, gran deseo de reorientar sus vidas dentro de la civilidad, poca capacidad de espera, como vienen de un modelo autoritario y de paternalismo armado, que combina la gratificación inmediata con el terror, no están preparados para los conflictos originados de la convivencia, pero se están formando

mediante un programa de reintegración organizado a dos años aproximadamente que pretende fortalecer a cada uno de ellos este factor (Restrepo, 2005).

De acuerdo con la definición de El factor Autonomía, hace referencia a la capacidad del individuo de auto regular la propia conducta que le permita adquirir la autorresponsabilidad, independencia, seguridad personal y confianza en sí mismo. No ocurre lo mismo con la capacidad de autonomía en los reinsertados, donde aún se evidencia en promedio bajo representado en un 56.68%, la incapacidad de auto regular la propia conducta que le permita adquirir la autorresponsabilidad, independencia, seguridad personal y confianza en sí mismo, resultados que se podrían explicar debido a que estas personas al pertenecer a los grupos ilegales, que fueron manejados en muchas ocasiones por sujetos con mayor rango de autoridad, donde al ser sometidos respondían de forma sumisa a sus jefes inmediatos siendo víctimas de la discriminación de diversas formas: Cerca del 4% de reinsertados encuestados en el 2005, buscaron la desmovilización como una oportunidad de escapar de la amenaza, para las mujeres su status en la guerra generalmente no es reconocido, permitiendo así que sean excluidas de los beneficios asociados con ello, o que se le quite importancia de su papel en el conflicto; la discriminación de las mujeres a menudo está basada en suposiciones de su quehacer doméstico (Gamboa, 2006). Por tanto es ineludible reforzar y reorientar con esta población el manejo de la autonomía plena y necesaria que les permita abrirse a nuevas experiencias de vida para obtener una buena salud mental positiva.

Finalmente, se puede concluir con la investigación que, los factores que hacen parte de la salud mental positiva son herramientas que posibilitan un adecuado proceso de aceptación a la vida civil, ya que a través de estos se pueden adquirir

conductas y actitudes positivas, que contribuyan a generar cambios en la forma de pensar y de actuar de esos sujetos. De igual manera, se busca que los resultados de este estudio generen nuevos conocimientos que enriquezcan y posibiliten el diseño de adecuadas intervenciones psicológicas que favorezcan el bienestar integral de la población reinsertada y faciliten la promoción hacia una Salud Mental Positiva.

Recomendaciones

Se deben realizar más estudios en el campo de la Salud Mental Positiva, que vinculen no solo al personal desmovilizado, sino también a sus familias y comunidad, con el propósito de medir el impacto de los programas de Atención Humanitaria al Desmovilizado (PAHD) del Ministerio de Defensa Nacional.

Referencias

Action for Southern Africa ASA (2002, August 02). "Angola". Peace Monitor, Issue No. 11, vol. VIII. Disponible en: www.reliefweb.com

Alta Consejería para la Reintegración Social y Económica de Personas y Grupos alzados en Armas República de Colombia. Normatividad y conceptos. *Conceptos de trabajo # 10*. Diferencia entre la calidad de desplazado y desmovilizado. Bogotá D.C: Presidencia de la República.

Arjona, A., Stathis, N. Kalyvas (2006). Preliminary Results of a Survey of Demobilized Combatants in Colombia.

Betancourt, P. (2006). Transiciones conflictivas: Combatientes Desmovilizados en Colombia. Análisis Político N° 58, Bogotá D.C.

Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. Washington D.C.: American Psychologist, Vol. 59, 20-28.

Caramés, A., Fisas, V., Luz, D., (2006) *Análisis de los programas de desarme, desmovilización y reintegración (DDR) existentes en el mundo durante 2005*. Barcelona: Escola de Cultura de Pau

Cardenas, A., Gil, A., Florez, L., (2010). *Salud Mental Positiva en una muestra de Personas Reinsertadas Del Municipio de Sabana de Torres* (Tesis de grado para optar al título de Especialistas en Psicología Clínica). Universidad Autónoma de Bucaramanga

Cuadra, L., Saldomando, A. (2000). Conflictos rurales en Nicaragua: las tierras de la discordia. *Centro de Estudios Internacionales de Nicaragua: Nicaragua*

Cohn, I. (1999). Experiencias de paz de Guatemala y El Salvador. Inclusión del tema de la participación de menores en la guerra. *La otra guerra el derecho como continuación del conflicto y lenguaje de la paz*. Bogotá: Plaza y Janés.

Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación de Colombia (2006), *Procedimiento para acceder al reconocimiento de los derechos a la verdad, la justicia y la reparación en el marco de la Ley 975 de 2005*, Recuperado en: www.cnrr.org.co

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Papeles del Psicólogo, (2006). Vol. 27 (1), 1-2. Bogotá D.C. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>.

Duran, E. (2006). Impacto de la participación en los grupos armados sobre la salud de los Adolescentes. Recuperado Noviembre 14, 2008 en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/entornoambiental/library/documents/DocNewsNo15086DocumentNo1819.PDF#page=186>

Gamboa, O. (2006). El Proceso de Desmovilización de los Paramilitares: Una Tensión entre la Criminalidad y las Políticas de Seguridad Ciudadana. Argentina.

GIAO – Fundación ideas para la paz (2008). Estadística sobre reinserción en Colombia. Recuperado enero 23, 2009 en: http://www.ideaspaz.org/new_site/secciones/publicaciones/download_documentos/estadisticas_reinsercion_colombia.pdf

Gleichmann, C., Odenwald, M., Steenken, K., Wilkinson, A. (2004). Desarme Desmovilización y Reintegración. Guía Teórica y Práctica. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH: Berlín

Hechos del Callejón (2005). PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Año 1.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2002). Metodología de la Investigación. México. Mc Graw Hill.

Ibáñez, V., Díaz, D. (2006b) El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas: tratamientos biológicos y psicoterapias. En: En: P. Pérez Sales (comp.). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. Barcelona: Exlibris.

Incalcaterra, A. (2004) Situación de los derechos humanos de las mujeres en Colombia. Presentación del Director Adjunto de la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Bogotá D.C.

Jarne, A., Talarn, A., (1996). Manual de psicopatología clínica. Madrid: Editorial Paidós.

López Martínez, M. (2006). Paz y reconciliación como diálogo político social. Instituto de la paz y los conflictos. Universidad de Granada, España.

Lluch, M., (1999). *Construcción De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva*. (Tesis Doctoral) Barcelona: Facultad de Psicología.

Lluch Canut. M^a, Teresa, Septiembre (1999) *Construcción De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva*. Tesis doctoral, Barcelona.

Medina, G., Restrepo, C. (2005). Una Puerta hacia la Paz. Memorias. Paz y Salud Mental en Colombia. *Academia Nacional de Medicina*. Pgs 54-56.

Mera, A. (2002). *Fundación Ideas para la Paz– El Dilema De La Reinserción*. Grupo de Trabajo sobre el Post Conflicto. Bogotá D.C.: Universidad de los Andes.

Métraux, J. C. (2004). Duelos colectivos y creación social. Paris: La Dispute

Noticias de la Alta Consejería para la Reintegración. (2009, Julio 05). Recuperado <http://www.reintegracion.gov.co>, Agosto de 2009.

Mollica, R. F. (2006). Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia Colectiva. En: P. Pérez Sales (Comp.). *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Barcelona: Exlibris. Recuperado en: <http://www.mininteriorjusticia.gov.co>

Organización Mundial de La Salud (2004). *Promoción de La Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente y Práctica*. Ginebra: Documento de PDF

Posada, J., Villa, S., Aguilar, G., Magaña, C., Gómez, L. (2004). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios, Resultados preliminares del *Estudio Nacional de Salud Mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol.33. No3: Bogotá.

Prada, E., (2005) *Psicología Positiva y Emociones Positivas*. Recuperado de <http://www.psicologia-ositiva.com/Psicologiapos.pdf.pdf>. Septiembre de 2008.

Programa Permanente de Salud Integral Para Excombatientes de las Malvinas (2006). Resolución Caba No. 635. Recuperado de www.ciudadyderecho.org.ar/derechobasico en Septiembre de 2008.

Restrepo, C., (2005). Epistemología Filosofía de la Mente y Bioética. Entrevista del Alto Comisionado para la Paz. *Revista Colombina de Psiquiatría*. Vol. XXXIV / No 3.

Rivas, A., Méndez, M., Arias, G., (2007). Siguiendo el Conflicto: Hechos y Análisis. Recuperado de: www.ideaspaz.org/publicaciones

Sánchez G., Medina, C., Sanchez, A., (2005) *Una puerta hacia la paz. Paz y Salud Mental en Colombia*. Editorial: Academia Nacional de Medicina.

Springer, N. (2005). Desactivar la guerra. Alternativas audaces para consolidar la paz. Bogotá: Editorial Aguilar.

UNICEF y CODHES (2000). Esta guerra no es nuestra. Niños y desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá: UNICEF

Vazquez, C., (2006). Papeles del Psicólogo. Vol. 27(1), pp. 1-2. Bogotá: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Vera, B., Carbelo, B., Vecina, M., (2006). La Experiencia Traumática Desde La Psicología Positiva: Resiliencia Y Crecimiento Postraumático. Número 1 Vol-27. Universidad de Alcalá.

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado

Consentimiento de participación en el estudio.

El grupo de Calidad de Vida y Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en conjunto con la _____, bajo la responsabilidad de _____, se encuentran realizando un estudio para determinar aquellos comportamientos que facilitan tener Salud Mental Positiva a las personas _____ de tal modo que puedan favorecer su _____

Para realizar el trabajo, la aplicación de cuestionarios será utilizada con fines estrictamente académicos e investigativos y se mantendrá en todos los casos el principio de la confidencialidad, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud del Ministerio de Salud de la República de Colombia resolución N° 008430 de 1993 consignados en el título II de la Investigación en seres humanos, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos artículos 5, 6, 8, 11, 14.

Yo _____ Identificado con cédula _____ de _____, manifiesto la aceptación de participar en el estudio en mención.

En forma expresa manifiesto a Uds. que he leído y comprendido plenamente este documento y en consecuencia acepto su contenido.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente _____

Cédula de Ciudadanía

Apéndice B**Escala de Salud mental Positiva****CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA**

De manera anticipada, te estamos dando las gracias por tu colaboración. Así mismo, te pedimos que contestes unas preguntas breves sobre cuestiones generales.

Cuestiones Generales

Código _____ Estrato: _____

Edad: _____

Género: _____

Para contestar a las siguientes cuestiones, tacha con una X la respuesta que corresponda a tu situación

a) ¿Cuál es tu problema de salud física? (¿Tienes algún problema de Salud física?)

- Especificar: _____

b) ¿Tienes problemas de salud mental?

- Especificar: _____

c) Durante el último mes... ¿Cuándo viniste a control? (¿En este último mes has tenido que ir al médico para algo?)

Especificar: _____ Resumen

- _____

d) ¿Has ido alguna vez al servicio de psicología? (¿Has ido alguna vez a visitar un psiquiatra o un psicólogo?)

- Especificar: _____

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la

frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

- Siempre o Casi Siempre
- A Menudo o Con Bastante Frecuencia
- Algunas Veces
- Nunca o Casi Nunca

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una “mejor impresión” ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial

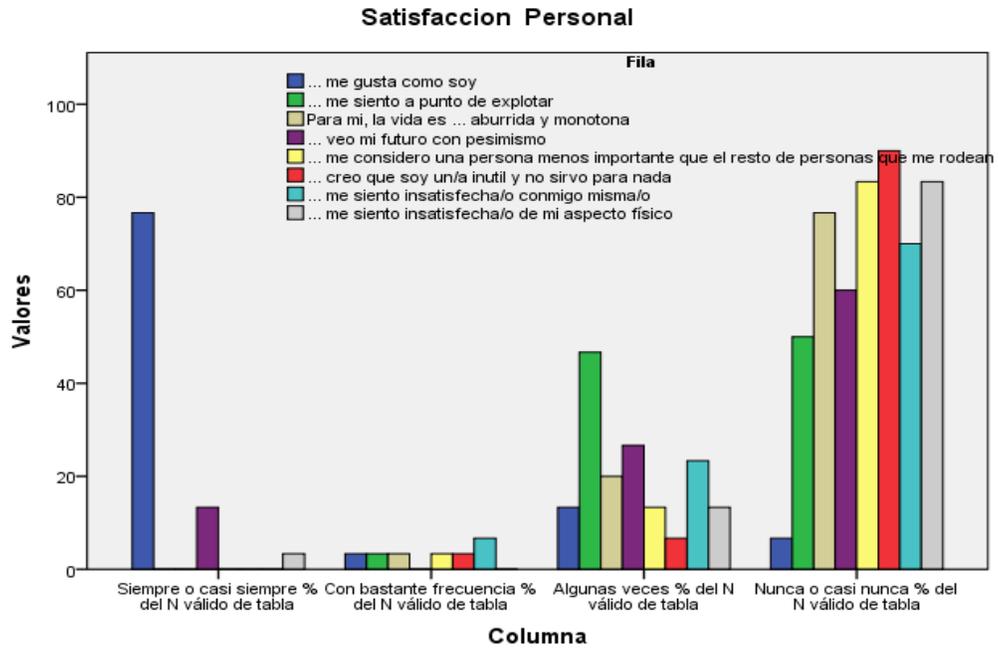
POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS

PREGUNTAS	Siempre o Casi Siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca o Casi Nunca
20 ... creo que soy una persona sociable				
21 ... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 ... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23 ... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, ... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 ... pienso en las necesidades de los demás				

26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, ... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno ... intento adaptarme				
28 Delante de un problema, soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual ... me estimulan				
30 ... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 ... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 ... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 ... me resulta difícil tener opiniones personales				

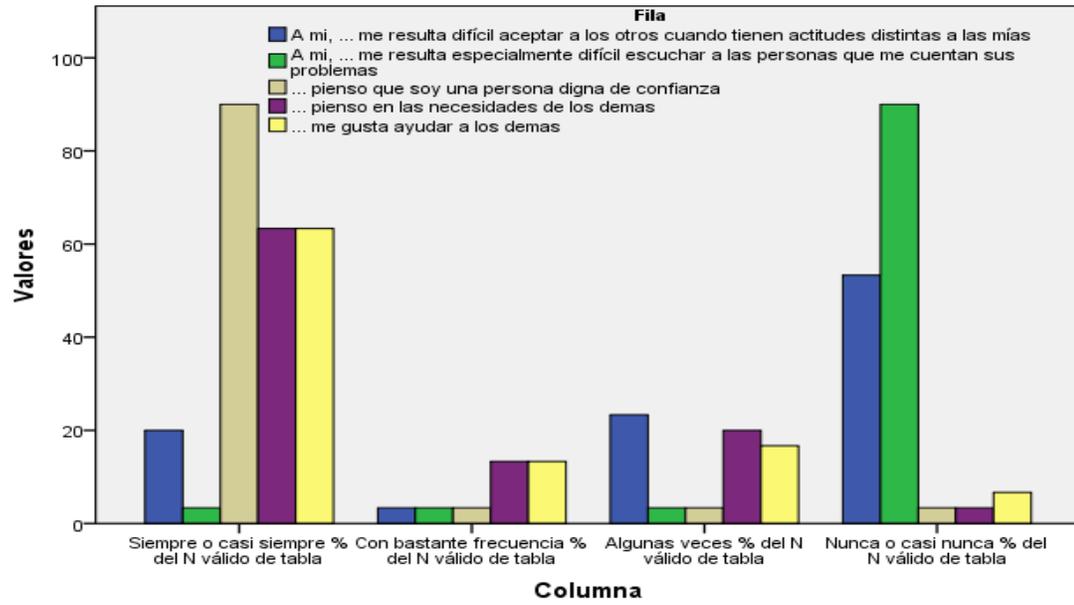
PREGUNTAS	Siempre o Casi Siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca o Casi Nunca
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes ... me siento muy inseguro/a				
35Soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema... intento buscar posibles soluciones				
37 ... me gusta ayudar a los demás				
38 ... me siento insatisfecho/a conmigo mismo/a				
39...me siento insatisfecho/a de mi aspecto físico				

Apéndice C

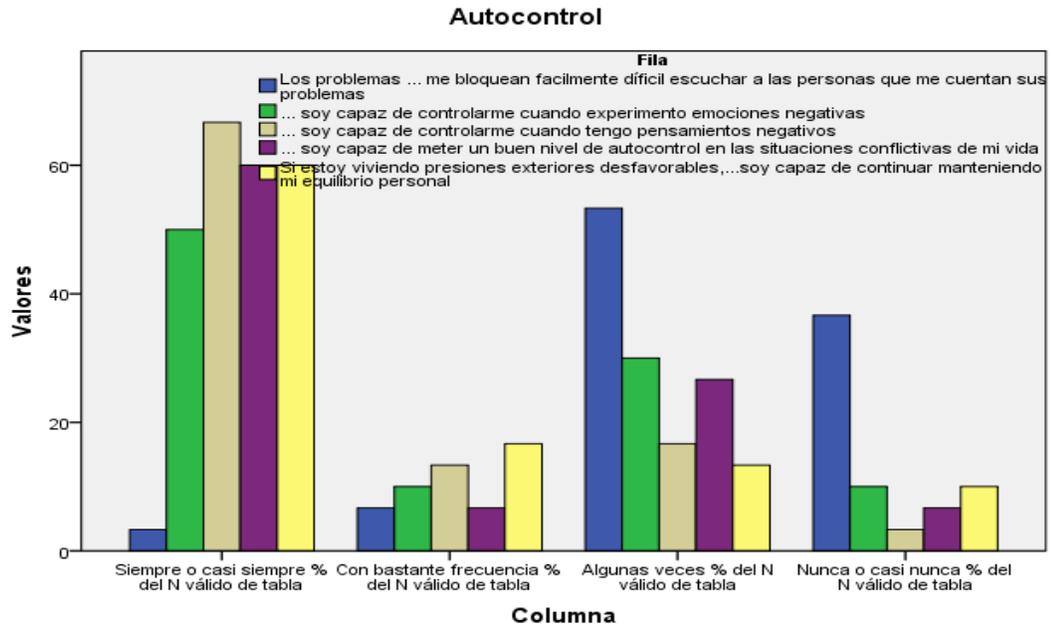


Apéndice D

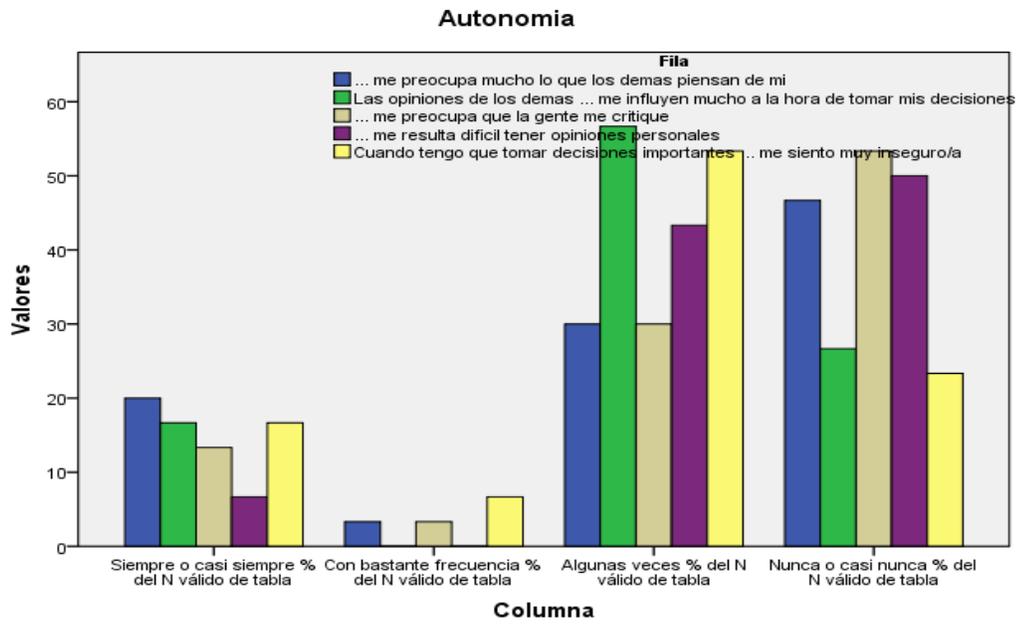
Actitud Prosocial



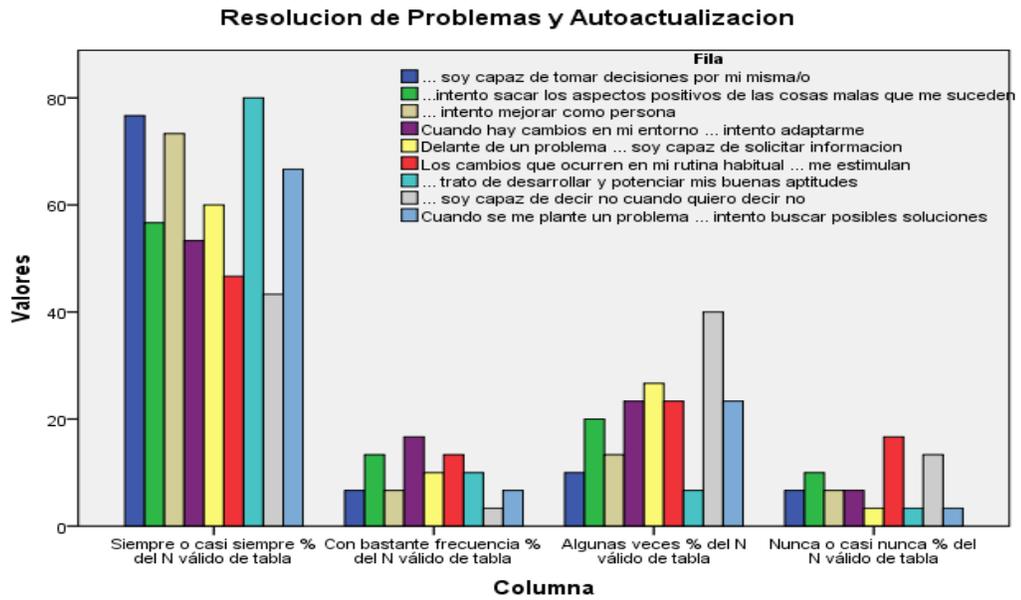
Apéndice E



Apéndice F



Apéndice G



Apéndice H

Habilidades de Relaciones Interpersonales

