

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

**Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención psicosocial en
afrentamiento activo para la promoción de la salud mental en víctimas del
desplazamiento forzado con Trastorno de Estrés Postraumático en Barranquilla,
Colombia.**

Mayor, D.

Universidad del Norte

Doctorado en Psicología

2020

**Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención psicosocial en
afrentamiento activo para la promoción de la salud mental en víctimas del
desplazamiento forzado con Trastorno de Estrés Postraumático en Barranquilla,
Colombia.**

Tesis doctoral presentada por: Diana Paola Mayor Molinares.

Correo electrónico: anaidmar90@gmail.com

Director: Ph. D. Alberto Mario De Castro Correa.

Correo electrónico: amdecast@uninorte.edu.co

Co-Directora: Ph. D. María del Carmen Amarís Macías

Correo electrónico: mamaris@uninorte.edu.co

**Aprobado por la División de Humanidades y Ciencias Sociales en cumplimiento de los
requisitos para otorgar el título de
Doctora en Psicología**

**Dra. Ana María Trejos Herrera
Coordinadora Doctorado en Psicología**

**Dr. Alberto Mario De Castro Correa
Director**

**Dra. María del Carmen Amarís Macías
Co-directora**

Agradecimientos

A Dios por la vida, la familia, el amor, la salud, y la academia.

A COLCIENCIAS y la Gobernación del Atlántico por darme la oportunidad de realizar el

Doctorado mediante la convocatoria 673.

A mis directores de tesis Alberto De Castro y María Amarís por ser mis guías, brindarme sus

conocimientos, y por su disposición y paciencia.

A mi familia por ser mi columna vertebral y estímulo en todos

mis proyectos.

A Henry William por ser mi soporte y darme ánimos para culminar este arduo trabajo.

A la Dirección de Investigación, Desarrollo e Innovación y a los voluntarios de la

Universidad del Norte por su contribución en la investigación.

A las líderes comunitarias de Villas de San Pablo quienes también apoyaron mostrando

disposición, amor y esperanza.

A los participantes en condición de desplazamiento quienes fueron la causa de este trabajo y

motivo de aporte al cambio social.

Al Dr. Amalio Blanco por sus grandes contribuciones y por su acompañamiento durante mi

estancia doctoral en la Universidad Autónoma de Madrid.

Al Dr. Miguel Rojas por su asesoría estadística, importante para la investigación.

A todos aquellos quienes de alguna u otra manera apoyaron al desarrollo de este trabajo.

Tabla de Contenido**RESUMEN 12****INTRODUCCIÓN 13****JUSTIFICACIÓN 16****MARCO TEÓRICO 24****1. Violencia Sociopolítica, desplazamiento y su impacto en la salud mental. 24**

1.1 La violencia socio-política como origen del desplazamiento forzado. 24

1.2 El desplazamiento forzado: Conceptualizaciones ámbito internacional y nacional. 26

1.2.1 El desplazamiento forzado desde la concepción internacional. 27

1.2.2 El desplazamiento forzado en Colombia. 28

2. El Estrés Postraumático en las víctimas. 32

2.1 El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Definiciones de acuerdo a las clasificaciones oficiales. 32

2.2 Prevalencia del TEPT en población adulta en general. 33

2.3 Prevalencia del TEPT en población adulta desplazada en Colombia. 34

3. La salud mental como estado de bienestar: las tradiciones en el estudio del bienestar. 39

3.1 Bienestar subjetivo. 42

3.2 Bienestar psicológico. 45

3.3 Bienestar social. 46

3.4 Perfil psicosocial de la salud mental de las víctimas desde los factores protectores y de riesgo. 47

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

3.4.1 Factores protectores de la salud mental en desplazados forzados. 47

3.4.2 Factores de riesgo de la salud mental en desplazados forzados. 50

3.5 Promoción de la salud mental: Conceptualizaciones desde la salud pública. 53

3.5.1 Promoción de la salud desde los factores protectores. 55

4. Los recursos de afrontamiento como factores protectores y estrategias de intervención. 58

4.1. Recursos personales. 58

4.1.1 Estilos y estrategias de Afrontamiento. 62

4.2 Recursos sociales. 71

4.2.1 La identidad social como recurso psicosocial. 73

4.3 El afrontamiento como proceso de resiliencia. 76

4.4 La espontaneidad como recurso del afrontamiento activo: aportes desde la teoría de Erich Fromm. 78

5. La necesidad de intervenir desde lo psicosocial 84

5.1. La intervención psicosocial. 84

5.2 Fundamentos teóricos y metodológicos de la intervención psicosocial. 89

5.2.1 El Modelo de Psicología Social Aplicable (Mayo y La France,1980). 91

5.3 La psicoeducación y la actividad lúdica-educativa como herramientas de intervención psicosocial. 94

5.4 Intervenciones psicosociales en población desplazada en Colombia. 98

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 103

Pregunta problema. 108

OBJETIVOS 109

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Objetivo General 109

Objetivos específicos. 109

HIPÓTESIS 112

Hipótesis de Trabajo 112

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO. 114

Definición conceptual. 114

Variable dependiente - Salud mental 114

Variable mediadora/independiente – Afrontamiento. 115

Definición operacional. 116

Variable dependiente- Salud Mental 116

Variable mediadora/independiente – Afrontamiento 117

Control de las variables de estudio. 118

Variables no controladas. 119

METODOLOGÍA 123

FASE I-Exploración. 127

Población y Muestra. 127

Diseño. 129

Instrumentos 130

Procedimiento. 135

FASE II- Fase Cuantitativa de la investigación. 136

Población y Muestra. 136

Diseño. 140

Instrumentos. 144

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Procedimiento. 154

RESULTADOS Y DISCUSIÓN 157

Fase I: Resultados de la exploración y discusión. 157

Resultados del análisis de contenido cualitativo y discusión. 159

Factores protectores. 161

Factores de riesgo. 165

Relación entre las categorías de referencia iniciales y otras investigaciones. 171

Fase II: Resultados cuantitativos de la investigación. 178

Evaluación de resultados sobre las mediciones pre-post test (O1 y O2). 182

MANCOVA para análisis intergrupar pre-post test. 185

Evaluación de resultados sobre las mediciones de seguimiento (O3 y O4). 194

MANCOVA para análisis de seguimiento. 195

Discusión y conclusiones sobre los resultados. 199

CONCLUSIONES 214

Conclusiones generales. 214

Aportes de la investigación. 221

Limitaciones. 223

Retos para el futuro. 226

REFERENCIAS 22627

ANEXOS 274

Índice de Tablas

- Tabla 1. Estudios de prevalencia del TEPT en víctimas del conflicto armado en Colombia. 38
- Tabla 2. Medidas de la salud mental de acuerdo al MECS. 41
- Tabla 3. Relaciones halladas entre las diferentes perspectivas del afrontamiento. 70
- Tabla 4. Estudios sobre afrontamiento en víctimas de violencia socio-política en Colombia. 102
- Tabla 5. Descripción operacional salud mental desde el MECS. 117
- Tabla 6. Descripción operacional del afrontamiento. 118
- Tabla 7. Descripción del control de las variables de estudio. 119
- Tabla 8 Datos para el cálculo del tamaño de la muestra. 137
- Tabla 9. Estimación de la probabilidad de presencia de TEPT en la muestra de víctimas. 138
- Tabla 10. Evaluación pre-post y mediciones de seguimiento. 144
- Tabla 11. Identificación de las subcategorías encontradas en el análisis de contenido. 160
- Tabla 12. Relaciones entre las posturas y categorías de referencia iniciales. 177
- Tabla 13. Identificación del TEPT mediante la DTS por sexo. 179
- Tabla 14. Total de personas clasificadas al PIPAAD por sexo. 182
- Tabla 15. Índices de ajustes del AFC para cada una de las escalas. 183
- Tabla 16. Valores alfa de Cronbach para las escalas en las mediciones pre-post. 185
- Tabla 17. Contraste de Levene en análisis multivariante pre-post test. 186
- Tabla 18. Contraste de Levene en análisis univariante pre-post test. 187
- Tabla 19. Análisis de los estadísticos F para el MANCOVA pre-post test. 189
- Tabla 20. Análisis intergrupar pre-post test salud mental y estrategias de afrontamiento. 190
- Tabla 21. Análisis intergrupar pre-post test salud mental y estilos activos de afrontamiento. 190

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tabla 22. Resultados prueba T pre-post grupo tratamiento sobre la salud mental. 191

Tabla 23. Resultados prueba T pre-post grupo tratamiento y estrategias de afrontamiento. 192

Tabla 24. Resultados prueba T pre-post grupo cuasi-control sobre la salud mental. 193

Tabla 25. Resultados prueba T pre-post grupo cuasi-control y estrategias de afrontamiento. 193

Tabla 26. Valores alfa de Cronbach mediciones de seguimiento grupo de tratamiento. 194

Tabla 27. Contraste de Levene en análisis multivariante para seguimientos. 195

Tabla 28. Resultados MANCOVA mediciones seguimiento grupo de tratamiento. 197

Tabla 29. Comprobación de las hipótesis de trabajo. 198

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Psicología Social Aplicable de Mayo y La France (1980). 92

Figura 2. Diseño de investigación de integración de la investigación cualitativa y la cuantitativa basado en Miles y Huberman (1994). 125

Figura 3. Estimación del tamaño de la muestra a partir del parámetro π , con un factor de corrección para poblaciones finitas. 137

Figura 4. Mapa de las categorías de referencia iniciales en el ATLAS ti versión 8.0. 161

RESUMEN

Introducción: En Colombia el desplazamiento forzado es un problema de gran impacto por sus afectaciones en la población civil, su amplia trayectoria y el incremento en el número de víctimas. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una de sus secuelas psíquicas más frecuentes con alta posibilidad de empeorar en el tiempo. Como medio de mitigación del daño se realizó una investigación orientándose desde el modelo psicosocial de Mayo y La France (1980), tomando como eje de intervención a la salud mental entendida como estado de bienestar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013) coherente con el Modelo del Estado Completo de Salud -MECS (Keyes, 2005), y empleando el afrontamiento activo como medio de intervención potenciándola mediante la actividad espontánea. *Objetivo:* Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicosocial en afrontamiento activo para promover salud mental en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT en Barranquilla. *Metodología:* Macroestudio de dos fases: exploratoria (muestreo intencional, muestra de 32 personas, criterio de saturación); y cuantitativa (muestreo no aleatorio de tipo intencional, N=168) con diseño cuasi-experimental pre-post, un grupo de tratamiento, un grupo de cuasi-control y dos mediciones de seguimiento. *Resultados:* Existen diferencias significativas pre-post test entre ambos grupos mostrando efectividad del programa y sostenimiento de los resultados a los dos meses, pero seis meses después cambian en el bienestar subjetivo y en los estilos de afrontamiento lo que se atribuye a las problemáticas comunitarias y sociales. Se espera aportar al cambio social deseando servir como modelo para futuras investigaciones.

Palabras clave: Desplazamiento forzado, salud mental, afrontamiento activo, intervención psicosocial, actividad espontánea.

INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta un trabajo de investigación doctoral apoyado por COLCIENCIAS y la Gobernación del Atlántico, con enfoque fenomenológico social, enmarcado dentro de dos líneas de investigación: *Línea de Desarrollo Social* del Grupo de Investigaciones en Desarrollo Humano (GIDHUM) y *Línea de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud* del Grupo de Investigaciones en Psicología de la Universidad del Norte; abarcando un macroestudio guiado por El Modelo de Psicología Social Aplicable (Mayo y La France, 1980) para la realización de la investigación e intervención dirigida a la promoción de la salud mental en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT que actualmente habitan en Barranquilla, Colombia. La investigación se apoyó tanto en la revisión de publicaciones en diversas bases de datos y literatura gris como en los hallazgos en terreno, sirviendo como medios de obtención de conocimiento.

Este trabajo concibe a la salud mental como un estado de bienestar (OMS, 2013) atendiéndola desde una dimensión positiva de la misma, y reconoce la importancia de detectar factores de riesgo y protección como partes importantes para su comprensión y manejo. Estos factores permiten entender el contexto, guiar la investigación y obtener pistas para construir una intervención pertinente. Además, engloban recursos psicosociales que influyen en el afrontamiento de problemas y situaciones negativas de la vida en general (Hoyos, 2014).

Entendiendo que los recursos psicosociales son variables que influyen en las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986; Di-Collaredo, Aparicio y Moreno, 2007), las cuales se definen como esfuerzos cognitivos y conductuales realizados por los individuos para responder ante las demandas externas e internas (Lazarus & Folkman, 1986; Krzemien et al.,

2005; Amarís, et al. 2013), se pretendió fomentar el empleo adecuado de dichos recursos mediante los estilos activos de afrontamiento, teniendo en cuenta que permiten regular la salud mental de forma adaptativa y exitosa. Además, se abarcó la *actividad espontánea* (Fromm, 1973) como un recurso afectivo para potenciarlos. La actividad espontánea es un concepto creado por Erich Fromm descrito como la actividad creadora que deriva de una persona cuyos elementos principales son el amor y el trabajo manual, que permiten una relación constructiva con el entorno conteniendo experiencias, acciones, pensamientos, emociones y sentimientos, que posibilitan una relación sana y genuina que fortalecen la individualidad.

Se llevó a cabo una intervención psicosocial que constó de doce sesiones en las que se abarcaron los recursos psicosociales, factores de protección y de riesgo hallados en la exploración inicial que ayudaron a configurar los siguientes temas de las sesiones: la identidad social, la salud mental, el propósito de vida, la autoestima, el apoyo espiritual, el manejo de conflictos, el dominio del entorno y la reevaluación de experiencias positivas. Estos fueron abordados dentro de actividades psico-educativas y lúdico educativas que permitieron transmitir e implementar las estrategias activas de afrontamiento desde la dimensión individual y colectiva (siguiendo la perspectiva constructivista), estimulando así mismo la actividad espontánea con el propósito de potenciar la promoción de la salud mental de los participantes. Cabe indicar que las estrategias de afrontamiento trabajadas se basan en el trabajo de Londoño et al. (2006), quienes estudiaron las propiedades psicométricas de la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M), y validaron en la población colombiana.

Los resultados de la intervención fueron evaluados mediante un diseño cuasi-experimental pre-post test que mostraron las diferencias significativas antes y después de la implementación del programa, y se llevaron a cabo dos mediciones adicionales en el tiempo que mostraron

dificultades para el mantenimiento del programa de intervención seis meses después atribuido principalmente al aumento de las problemáticas comunitarias y sociales.

Se considera que esta investigación es de gran pertinencia social pues el desplazamiento forzado es un tema vigente y de gran impacto en Colombia que ha generado grandes pérdidas materiales, y graves secuelas emocionales y psicológicas desde hace más de medio siglo (Shultz, et al., 2014a; Sierra-Puentes y Correa-Chica, 2019), por lo que esta se muestra como una vía para promover la salud mental y ayudar a amortiguar los efectos de la violencia sociopolítica. En otras palabras, es un medio de mitigación del daño en las víctimas, donde los afectados puedan convertirse en agentes activos y transformadores de su propio cambio, favoreciendo su desvictimización (Hoyos, 2014; Domínguez y Godín, 2007) afrontando sus problemáticas de forma activa, adaptativa y por lo tanto sana.

Cabe agregar que diversos autores como Valencia-Agudelo et al. (2019) siguen señalando una baja producción de publicaciones y dificultades en el abordaje de los efectos del desplazamiento forzado. Así mismo Tamayo-Agudelo & Bell (2018), resaltan limitaciones para evaluar la efectividad de intervenciones en salud mental en las víctimas en Colombia revelando la necesidad de tratar y aportar a la transformación positiva de la problemática. Los anteriores aspectos han sido tenidos en cuenta en la investigación deseando contribuir al desarrollo social y al progreso científico del país.

JUSTIFICACIÓN

Como se encuentra descrito en los textos de Alvarán, García y Gil (2009), la población desplazada experimenta pérdidas y transformaciones en sus vidas de forma abrupta, desencadenando sufrimientos emocionales que afectan negativamente su salud mental y/o física, quebrantando su proyecto de vida. En un gran número de víctimas aparecen sintomatologías mentales, influyendo negativamente en su nueva realidad donde no sólo deben lidiar con la experimentación de los mismos, sino, además, con el dolor del desplazamiento (pérdidas humanas, materiales, etc.), y con su adaptación al nuevo medio. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), es una de las principales consecuencias y trastornos más comunes que se hallan dentro de la literatura de desplazamiento forzado, siendo estudiado en múltiples investigaciones, donde se evidencia que a largo plazo puede ser perjudicial para la salud.

Ahora bien, aunque el gobierno colombiano considera prioritaria la atención de la salud mental de los ciudadanos colombianos, sobre todo de aquellos que han sido afectados directamente por el conflicto armado; a pesar de que el interés en los fenómenos como el conflicto armado va creciendo por su impacto causado en la calidad de vida, la mortalidad, el sufrimiento y la discapacidad que ocasionan (González, 2002); y a pesar de ser el desplazamiento un problema de salud pública que incrementa los servicios de salud (Ayala, 2002); no son suficientes los aportes sobre intervenciones en la salud mental para el beneficio de las víctimas del desplazamiento forzado si se tiene en cuenta la magnitud del problema (Campo-Arias et al., 2014; Aguilar, Morillas y Patró, 2011; Ayala, 2002).

Autores como Campo-Arias et al. (2014), apoyan la anterior declaración basados en la revisión sistemática que realizaron sobre publicaciones en las últimas dos décadas, revelando

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

que esto no es sólo un problema nacional, pues a nivel mundial también son insuficientes los estudios formales que señalan las necesidades concretas en salud mental de los afectados por parte de grupos armados y más en situación de desplazamiento. Esto se pudo comprobar mediante las indagaciones realizadas sobre programas de intervención psicosocial las cuales serán tratadas en este trabajo. Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario “probar la efectividad de las intervenciones psicosociales reparativas, más aún cuando se prevé un largo periodo pos-conflictivo” (Campo-Arias et al., 2014, p.182), mediante la creación de un nuevo proyecto de intervención psicosocial que identifique las necesidades de la población, que resulte efectivo y realice aportes al cambio social y a la ciencia.

Autores como Amarís et al. (2016) realizaron una revisión sobre publicaciones en el contexto de la violencia sociopolítica donde se exponen estudios que parten de la concepción de salud mental como estado de bienestar, y revelan la evidencia de recursos psicosociales como indicadores de salud en víctimas de violencia sociopolítica basándose en El Modelo del Estado Completo de Salud (MECS) de Keyes (2005), tomando como medidas de salud mental: el bienestar psicológico, subjetivo y social, cuyo modelo es coherente con la definición dada por la OMS (2013), donde la salud es un estado completo de bienestar y no sólo la ausencia de enfermedades. Este es un modelo reconocido en diversos estudios del desplazamiento forzado que sirvió como base para comprender y atender la salud mental de las personas en condición de desplazamiento forzado en este trabajo.

También es importante indicar que un individuo tendrá mayor éxito para afrontar su realidad si emplea adecuadamente sus recursos psicosociales, razón por la cual el proyecto de intervención se centró en estimular el afrontamiento efectivo como medio de promoción de la salud mental. Entonces, el afrontamiento fue el medio fundamental para lograr este propósito,

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

pues revela una relación estrecha entre los recursos psicosociales, agentes estresores y el bienestar (Britton, 2004; Gil-Lacruz, 2007), comportándose como una variable mediadora del estrés (Kirchner, 2003), y por lo tanto influye en la regulación de la salud mental.

Si bien se ha dicho que el afrontamiento influye en la regulación de la salud mental, se reconoce que los *estilos activos* son las formas más efectivas y adecuadas para la adaptación exitosa de las personas. Si se tiene en cuenta que autores como Amarís, et al. (2016), manifiestan que orientar hacia estrategias de afrontamiento adecuados promueven el fortalecimiento de la salud mental en las víctimas de violencia socio-política, los estilos activos resultan ser un medio apropiado para conseguirlo. No obstante, y en palabras de López (2005) “Desafortunadamente, el afrontamiento activo (...) frente al desplazamiento no ha llamado aún la suficiente atención de los estudiosos” (p.4), de este modo se orientó hacia su implementación buscando fomentarla como variable de intervención que ayude a las personas a tener mayor éxito en su relación con el entorno y fortalecer la salud mental.

Igualmente, y con base en los planteamientos de Fromm (1973) sobre la actividad espontánea como potenciador de la salud mental, se propone aquí como recurso del afrontamiento activo. Fromm, también percibe dos formas de actuar ante la realidad, planteando la ambigüedad de la libertad (negativa o positiva). De la libertad positiva deriva la actividad espontánea señalada como la única vía para enfrentar adaptativa y positivamente la realidad, y cuyo principal componente es el amor, mientras que la libertad negativa corresponde a conductas de evasión que obstaculizan la solución de problemas y que generan actividades de carácter automático o compulsivo que se evidencia en individuos con trastornos mentales y emocionales graves, afectando la salud mental (Fromm, 1973).

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Es la actividad en esta teoría, al igual que en la teoría del afrontamiento, el medio para fortalecer la salud mental de los individuos. Desde ambas perspectivas se interpreta que no todas las personas afrontan adecuadamente como ya lo han manifestado López, Pearson y Ballesteros (2008). Así mismo, apuntan hacia una relación individuo-entorno/circunstancia como componente fundamental para guiar el afrontamiento, donde Lazarus & Folkman resaltan el aspecto cognitivo desde un enfoque cognitivo-fenomenológico, y Fromm desde el componente afectivo, sobre una perspectiva humanista-dialéctica. Se aclara, que la presente investigación no pretende crear una nueva teoría, sino más bien comprender el afrontamiento desde perspectivas complementarias que den cuenta de los diferentes aspectos implicados en la salud mental, y de ellas servirse como medio para potenciarla.

Entonces, con base en todo lo anterior se realizó un macroestudio con metodología mixta que se ajusta al modelo psicosocial seleccionado: El Modelo de Psicología Social Aplicable de Mayo y La France (1980), el cual contiene tres elementos claves dentro de su proceso de intervención que inician con el objetivo que delimita la investigación; un segundo elemento que es la construcción del conocimiento psicosocial, y un tercer y último elemento que se basa en la intervención.

En este caso para la construcción del conocimiento psicosocial se realizó una exploración a partir de la investigación cualitativa comprendiendo que el bienestar “debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales” (Ardila, 2003, p.162). La exploración permitió conocer los recursos psicosociales de los individuos y su empleo (afrontamiento), resultando efectivo para identificar factores protectores y de riesgo importantes en el tema de la promoción de la salud (OMS, 2004), y en el contexto del desplazamiento forzado (Camilo, 2000). Los factores

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

protectores (Tener un propósito de vida, Apoyo espiritual y Reevaluación positiva) y de riesgo (Dificultad en la autoaceptación, Sentimientos de poco dominio sobre el entorno y Conductas agresivas no adaptativas) contribuyeron al diseño contextualizado del programa de intervención.

Por último, y siguiendo el esquema de Mayo y La France (1980), se diseñó, implementó y evaluó el *Programa de Intervención Psicosocial en Afrontamiento Activo en Desplazados* (PIPAAD) en la fase cuantitativa de la investigación, reconociendo la importancia de la grupalidad en la promoción de la salud mental e involucrando activamente a los individuos como modo de reconocer su capacidad restaurativa (Domínguez y Godín, 2007; Hoyos, 2014), pretendiendo promover la salud mental en lugar de enfocarse en eliminar/disminuir las sintomatologías psicopatológicas, pues con base en las OMS (2013) se interpreta que la ausencia de enfermedades mentales no es garantía de salud mental.

Igualmente se quiere señalar que el modelo psicosocial aplicado también plantea cuatro fases que fueron introducidas en todo el proceso del macroestudio, hallándose el *Análisis del sistema social* en la exploración, el *Diseño, ejecución y supervisión* y la *Evaluación de la intervención* dentro de la fase cuantitativa, y por último la *Diseminación de la intervención*, mediante los productos de la investigación. En la fase de diseño y ejecución fueron empleadas como herramientas de intervención: *la psicoeducación* y *la lúdico-educación*, reconocidas en y útiles en diferentes campos y contextos, introduciéndose en el Diseño e Implementación del programa.

Las estrategias encontradas en la exploración, muestran en mayor parte un sistema de protección individual. Sin embargo, se propuso trabajar el programa de intervención tanto con los recursos individuales como sociales teniendo en cuenta que “Los elementos afectivos,

sociales, culturales y familiares, instauran como dispositivos sociales una mayor posibilidad de supervivencia en poblaciones vulnerables, aspecto que se encuentra vinculado con las motivaciones por sobrevivir y sobreponerse al trauma, conflictos y peligros nuevos” (Andrade, Albarracín, Giraldo y Rico, 2012, pp. 205).

Ahora bien, considerando que la definición de víctima registrada en la ley no es totalmente satisfactoria desde el enfoque psicosocial debido a las exigencias del guión político y al lenguaje jurídico (Blanco y Blanco, 2018) se consideró pertinente realizar, en primer lugar, la identificación del TEPT, pues, aunque la definición de víctima sirve como un marco de referencia, el Congreso de la República en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, no sólo aplica esta condición a quienes hayan sufrido daño por eventos ocurridos desde el 1° de enero de 1985, como consecuencia de atropellos al Derecho Internacional Humanitario o a las normas internacionales de Derechos Humanos vinculados al conflicto armado, sino además la aplica al cónyuge, compañero(a) permanente, parejas del mismo sexo y familia en primer grado de consanguinidad o quienes tengan el segundo grado de consanguinidad ascendente si la víctima se ha dado por muerta o desaparecida y también a quienes “hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización” (párr. 4). Además, no todas las personas desplazadas presentan el TEPT (Palacio, Abello, Madariaga y Sabatier, 1999; Buendía y Mira, 1993; Juárez y Guerra, 2011; Rodríguez et al., 2005), como se evidencia en los resultados de ambas fases.

En cuanto a los aportes, se considera que desde una perspectiva científica este proyecto contribuye con una nueva propuesta desde la perspectiva positiva de la salud mental apuntando a su promoción mediante el afrontamiento activo, cuya variable es considerada aquí el principal factor protector de los individuos. Así mismo, se propone la espontaneidad como

recurso del afrontamiento activo reflejando como el estudio del desplazamiento forzado puede crear vías para replantear proyectos de intervención desde perspectivas complementarias donde se enfoquen en el sujeto como agente activo y restaurador (Domínguez y Godín, 2007; Hoyos, 2014) buscando impactar positivamente en el campo de la salud mental, en el desarrollo social y en el sector económico evitando la medicalización, que genera altos gastos al país (Daza, Cardona y Granada, 2011).

Asimismo, se espera contribuir con el presente trabajo al aporte científico, pues se entiende que no son suficientes las investigaciones y publicaciones sobre violencia y la salud mental en Colombia y a nivel mundial (Campo-Arias et al., 2014; Aguilar et al., 2011; Ayala, 2002), al igual que los estudios sobre el afrontamiento (Di-Collaredo et al., 2007) afrontamiento activo en desplazados forzados (López, 2005), e investigaciones que prueben la efectividad de intervenciones psicosociales sobre los efectos del desplazamiento en la salud mental en Colombia (Tamayo-Agudelo & Bell, 2018; Campo-Arias et al., 2014).

Desde una perspectiva social, se busca contribuir a la transformación de la problemática del desplazamiento pretendiendo mitigar sus consecuencias y favorecer al desarrollo social. El propósito de la psicología como ciencia social es el de fomentar el bienestar, relacionado con la dignidad humana (Daza et al., 2011) y el enfoque psicosocial (que se emplea en la intervención de este trabajo) tiende a contribuir en la reparación de dicha dignidad (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]; 2018). De este modo, se cree que el programa de intervención aportó a su reconstrucción al reconocer a los participantes como personas con necesidades y capacidades, y al estimularlos como agentes activos, escultores de su propio cambio (Hoyos, 2014; Daza et al., 2011; Di-Collaredo et al., 2007; Domínguez y Godín, 2007; González, 2004). No obstante, al ser la violencia socio-política un tema vigente que sigue

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

afectando la vida de los ciudadanos es importante que exista e implemente un mayor número de programas, estrategias y propuestas de intervención, así como el apoyo de la mayor parte de las entidades que buscan el bienestar y el progreso social.

Por último, y desde una perspectiva institucional, se realizaron aportes a la producción científica de las líneas en las que se enmarca el presente trabajo, esperando que el programa propuesto pueda servir de modelo para esta y a otras regiones del país, y como herramienta de futuras investigaciones.

MARCO TEÓRICO

1. Violencia Sociopolítica, desplazamiento y su impacto en la salud mental.

1.1 La violencia socio-política como origen del desplazamiento forzado.

Antes de ahondar sobre el término de violencia sociopolítica se pretende, en primer lugar, entender el concepto de violencia con el fin de proporcionar un mayor entendimiento de la temática. Para ello, se ha tomado la definición brindada por la OMS (2018), organización reconocida nivel mundial por velar por el bienestar de la sociedad. Estos definen como violencia “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”.

Entonces, la violencia, además de agresión, es la manifestación de una conducta explosiva e intencional que puede trascender y generar traumas o procesos destructivos en los individuos, que revelan generalmente una lucha o uso autoritario del poder siendo una característica de la sociedad humana que se repite a lo largo de la historia, manifestándose de diferentes formas y debe apreciarse desde diversas perspectivas y contextos (Hoyos, 2014).

Ahora bien, la problemática del desplazamiento forzado debe ser entendida desde el término de violencia sociopolítica, pues el desplazamiento forzado tiene sus orígenes en la lucha política-social que se describe como la disputa por mantener, modificar o sustituir un modelo de Estado social, un grupo social o comunidad para destruirlo o reprimirlo (Arias, 2013). Este tipo de violencia engloba la guerra, conflictos violentos, el terrorismo y la violencia de Estado ejecutadas por grupos institucionales (OMS, 2002). De acuerdo a Arias (2013), es un fenómeno mundial que se ha presentado durante la historia de la humanidad,

pues la lucha política se ha dado en la historia de cada nación afectando siempre a la población civil (Arias, 2013; Carrascal, 2019).

En Colombia, el conflicto armado interno “es una realidad devastadora que desde hace más de 60 años enfrenta a las Fuerzas Armadas y grupos organizados ilegales” (Zuluaga y Buelga, 2014, p.43). Los modos de violencia sociopolítica originados por el conflicto armado interno causan tanto daños materiales como inmateriales a los individuos, familias y comunidades, convirtiéndose en un agente estresor que quebranta la salud mental de las víctimas. Mate (2008) manifiesta que “la víctima es quien sufre violencia, causada por el hombre, sin razón alguna” (p. 35). En este sentido, son víctimas quienes no tienen intereses dentro del origen de la problemática, pero las características y consecuencias del evento las afecta.

Los daños materiales causados por el conflicto se traducen en daños emergentes y gastos económicos. Mientras que los daños inmateriales se relacionan con el sufrimiento moral, transformación y alteración del proyecto de vida, así como el deterioro del tejido social (Campo-Arias et al., 2014). Todo esto, da lugar a cambios significativos en las formas de vida de la población civil, difíciles de medir y evaluar (Arias, 2013). Según Borda, Carrillo, Garzón, Ramírez y Rodríguez (2015) “Sólo en la última década se ha reconocido la violencia social como una fuente importante de estrés similar a otras experiencias traumáticas como factor de riesgo para desenlaces negativos en salud mental” (p.3).

Ante la violencia experimentada las víctimas buscan un refugio seguro trasladándose de las zonas rurales a las ciudades. Es aquí donde se crea un aislamiento o deterioro social manifestándose en el “desarraigo, menoscabo de la vivencia social de la estructura familiar, disolución de la comunicación y vínculos con amistades” (Campo-Arias et al., 2014, p. 180). Igualmente, aparece el complejo estigma-discriminación por parte de la sociedad, conduciendo

a la segregación de los afectados, ocasionando un impacto psicosocial en las víctimas al estigmatizar sus comportamientos individuales o sociales, creando desigualdades e injusticias, que observan continuamente en el ámbito de la salud, sumándose como estresor. Es por esto que los individuos se convierten en víctimas por diversas razones, considerándose esto “un fenómeno de estigmatización múltiple, intersectorial, polivictimización y revictimización” (Campo-Arias et al., 2014, p.178).

1.2 El desplazamiento forzado: Conceptualizaciones ámbito internacional y nacional.

El desplazamiento forzado es definido por las Naciones Unidas como “Personas o grupos de personas obligadas a huir o abandonar sus hogares o sus lugares habituales de residencia, en particular como resultado de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violación de los derechos humanos” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1998, p.4).

También es definida como una problemática social y política (Engel & Ibanez, 2007), o como un “desastre humanitario provocado intencionalmente con la finalidad de causar daño debido a la multiplicidad de intereses de los involucrados” (Alvarán et al., 2009, p. 319), ocasionando transformaciones de forma abrupta e inesperadas, deteriorando la salud mental y física de los desplazados, afectando todas las dimensiones del bienestar más allá de pérdidas materiales como lo son las necesidades básicas, restringiendo el potencial personal y social del individuo (Serrano, 2007; Mendoza, 2012). Es en sí mismo un desastre humanitario al que también se le debe sumar “la fragmentación familiar, el desarraigo, las fracturas en las relaciones sociales, las rupturas de proyectos de vida y los distintos tipos de daños: psíquico, moral, físico, individual, familiar, colectivo, comunitario y al proyecto de vida” (Páez et al; 2011, p.109).

1.2.1 El desplazamiento forzado desde la concepción internacional.

En el ámbito internacional el concepto de desplazamiento forzado involucra a individuos, familias y comunidades que deben abandonar de manera abrupta sus hogares, afectándolos psicológicamente, a causas del conflicto armado, entre otros tipos de violaciones de derechos humanos, en donde las víctimas están expuestas frecuentemente a eventos potencialmente traumáticos. No obstante, dentro de este ámbito se distinguen dos categorías principales de personas desplazadas por la fuerza: *desplazados internos* y *refugiados*.

En resumen, aunque ambos grupos son obligados a huir de sus lugares de residencia, los desplazados internos difieren de los refugiados en que los primeros permanecen en sus propios países. En cambio, los refugiados cruzan la frontera buscando residir en el exilio en otros países (Shultz et al, 2014b; López; Juárez y Veytia, 2019). A nivel mundial, el número de desplazados internos es el doble que el de refugiados, además, los resultados de diversas revisiones sistemáticas señalan que estos al quedarse en su país presentan peores resultados de salud mental que los refugiados (Shultz et al, 2014a).

Lo anterior podría explicarse mediante las investigaciones de Gómez-Restrepo, Tamayo-Martínez, Buitrago (2016b), y Bogic, Njoku & Priebe (2015), quienes manifiestan que asentarse en lugares con características socioculturales similares, así como en lugares cercanos al lugar de desplazamiento, afectan la salud mental, así como la posible persistencia de trastornos mentales. Se entiende entonces que permanecer en su propio país, donde se hallan características socioculturales compartidas (por ejemplo: costumbres, comida, tradiciones, reglas, creencias religiosas), genera algún tipo de vínculo con el evento del traumático lo que puede incidir en la aparición de problemáticas mentales. Estas investigaciones serán discutidas

en los resultados por sus relaciones con los datos sociodemográficos recopilados y resultados de la investigación en ambas fases.

Por otro lado, las consecuencias más comunes del desplazamiento forzado a nivel internacional, se relacionan con alto riesgo de sufrir depresión, TEPT, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros trastornos mentales como se expone en estudios sobre refugiados en Nepal, Australia y Gran Bretaña (Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo y Sanguino, 2010), o estudios con población de Siria (Tinghög et al. al, 2017).

1.2.2 El desplazamiento forzado en Colombia.

En el artículo 3, ley 1448 de 2011 El Congreso de la República considera como hecho victimizante al desplazamiento forzado dentro de una lista de acciones ejercidas dentro del marco del conflicto armado. El desplazamiento forzado en Colombia “es un fenómeno social que surge como mecanismo de sobrevivencia de los colombianos que huyen de la violencia política dejando, en su mayoría, el campo para dirigirse a la ciudad” (Camilo, 2000, p. 102). Las víctimas generalmente son de origen campesino, vinculadas a una comunidad local donde se hallan relaciones comunitarias, tradiciones y costumbres religiosas muy arraigadas y memoria colectiva (Bello, 2000), que luego son quebrantadas por las acciones de la violencia experimentada.

Entre las causas más comunes del desplazamiento forzado se encuentra la ocupación territorial, la expropiación de recursos con el fin de extender áreas para ser dominadas por grupos armados ilegales, problemáticas relacionadas con los cultivos ilícitos, el incremento del narcotráfico y la destrucción de redes de apoyo que conduce al desplazamiento forzado (Ibáñez y Querubín, 2004). Estas causas han llevado a la nación a estar entre el primer y

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

segundo puesto durante el periodo del 2004 al 2013, como uno de los países con mayor número de desplazados internos por año (Mendoza, 2012; Shultz et al., 2014a). En 2013, los desplazados en Colombia representaron el 17% de los desplazados internos a nivel mundial y el 91% en el hemisferio occidental a pesar de que internacionalmente existen múltiples conflictos que generan un gran número de desplazamientos forzados (Shultz, et al., 2014a).

Se entiende, entonces, que en Colombia se da un desplazamiento forzado interno generado por el conflicto armado desde hace más de seis décadas, ejerciendo diferentes formas de violencia sociopolítica, producidas a través de desapariciones, desplazamientos, masacres, torturas, violencia sexual, etc; lo que la convierte en un problema de salud pública (Arias, 2013). Además, se suma el estigma y la revictimización de los afectados que profundizan los traumas emocionales, como se observa en los estigmas asociados con el lugar de expulsión (por ejemplo, si vienes del campo eres guerrillero) y el proceso para denunciar y ser reconocidos como víctimas mostrando credibilidad ante su historia, generando revictimización mediante procesos burocráticos del Estado (Centro Nacional de Memoria Histórica [CNMH], 2015).

Para el año 2017 el reporte de la página de la Unidad de Víctimas, con corte del 01 marzo 2018, indicó que la población declarada desplazada era un total de 7,708,465 personas, representando el 15% de la población colombiana (respecto a la estadística del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] para ese año), ascendiendo sus cifras en los últimos años según datos oficiales (Moya y Vega, 2019). El informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2018), reportó que Colombia en el año 2017 ocupó el segundo lugar de países con mayor número de víctimas de desplazamiento interno, luego de Siria con “7,9 millones de víctimas del conflicto, la mayoría de ellas

desplazados internos (7,7 millones)” (p. 6). Cabe agregar, que de acuerdo al Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC, 2017) los casos en el país han ido incrementándose debido a las actualizaciones en los registros de las víctimas, y que en palabras de Moya y Vega (2019), “daría lugar al país con mayor número de personas desplazadas en el mundo” (p. 145).

Ahora bien, el departamento del Atlántico presenta características geográficas privilegiadas al contar con salida al mar Caribe, el río Magdalena, diversas ciénagas y ríos, etc., (López, 2008), que son compartidas con dos de los principales departamentos expulsores de víctimas de violencia sociopolítica como del país como Bolívar y Magdalena (DANE, 2006; Soledad, 2007) generadores de un gran número de desplazamientos por parte de diferentes organismos de control para sus propios intereses (Soledad, 2007; Sierra-Puentes y Correa-Chica, 2019).

Este departamento al ser un área de menor intensidad del conflicto armado presenta mayor riesgo de generar trastornos mentales, pues, de acuerdo a Tamayo-Agudelo & Bell (2018), el riesgo de problemas mentales como el TEPT es más común en áreas con menor intensidad y conflicto intermitente reflejando la persistencia de experiencias traumáticas. Esto podría explicarse a partir de lo anteriormente expuesto por Gómez-Restrepo et al. (2016b) y Bogic et al. (2015), sobre la potenciación de problemas de salud mental derivados por el desplazamiento al asentarse en lugares con características socioculturales similares al lugar de procedencia, señalando la importancia de intervenciones que reduzcan los daños originados.

Además, Barranquilla como capital del departamento y ciudad importante a nivel regional y nacional, presenta un gran número de desplazados internos quienes la acogen como su nuevo lugar de asentamiento y oportunidad para reconstruir sus vidas ubicándose en estratos socioeconómico bajos, generalmente localizados en la periferia de las ciudad, como forma de adaptación/ajuste a su nueva vida (Ramos, 2018), convirtiéndola en una de las principales

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

ciudades receptoras de víctimas del desplazamiento forzado en el país (Luque, 2016; Silvera y Amarís, 2017; Valencia, 2017; Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR] & Programa Mundial de Alimentos [PMA] 2007, Ramos, 2018), y que en palabras de Luque (2016) “modifica significativamente los niveles de empleo, mendicidad y marginalización en las ciudades” (p. 187). De acuerdo al Informe Nacional del Desplazamiento Forzado en Colombia del año 2015, Barranquilla ocupó el quinto lugar de las ciudades principales de la nación albergando el 1,0 % de la población desplazada forzada interna (CNMH, 2015).

2. El Estrés Postraumático en las víctimas.

2.1 El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Definiciones de acuerdo a las clasificaciones oficiales.

Las herramientas de clasificación que gozan de mayor reconocimiento para el diagnóstico de los trastornos mentales son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), creado por la American Psychiatric Association (APA), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) a cargo de la OMS, y cuya idea original deriva del Primer Congreso Internacional de Estadística (Gómez, 2015), celebrado en Bruselas en 1853 (OPS, 2003a, 2003b).

De acuerdo APA et al., (2014) el TEPT se caracteriza por “el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos” (p. 274), que pueden estar relacionados con la exposición a la guerra, la agresión física, amenazas, el abuso sexual, ser secuestrado o tomado como rehén, la tortura, la prohibición de la libertad, ataques terroristas, presenciar muerte(s) o asesinato (s), presenciar desastres naturales, entre otros aspectos nombrados en el manual. Además, este trastorno puede ser muy grave o durar a largo plazo “cuando el agente estresante es interpersonal e intencional (p. ej; la tortura sexual, violencia)” (APA et al; 2014, p. 275). Este tipo de trastorno, puede darse en cualquier edad, incluso desde el primer año de vida. Además, los síntomas comúnmente inician en los primeros tres meses después del evento traumático, pero puede retrasarse meses o años, antes de cumplirse los criterios para realizar su diagnóstico (APA et al; 2014).

Por su parte, el CIE 10, expone que el TEPT: “Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia

generalizada a casi cualquier persona” (OPS, 2003a, p. 329). Agregan que existen factores predisponentes como los rasgos de la personalidad, o historia de males neuróticos previos, que pueden incidir en el desarrollo del trastorno o empeorar su evolución. No obstante, advierten que ninguno de estos antecedentes es necesarios ni suficientes para justificar su aparición.

Como se puede apreciar, ambas definiciones presentan similitudes, entre ellas: el núcleo es la experiencia sobre uno o varios eventos traumáticos o estresantes que luego influyen en el desarrollo del trastorno. Igualmente, señalan la aparición de síntomas relacionados al (los) suceso(s) experimentado(s). Por último, coinciden en que el tiempo de presentación del trastorno que puede ser de corta o larga duración.

2.2 Prevalencia del TEPT en población adulta en general.

De acuerdo a la APA et al., (2014), la prevalencia del TEPT, puede variar entre los diferentes colectivos culturales, aun cuando hayan presentado similares niveles de exposición a eventos traumáticos. Por ejemplo, en Estados Unidos la prevalencia anual es del 3,5 %, aproximadamente, mientras que, en Europa y gran parte de Asia, África y Latinoamérica, los índices son más bajos, ubicándose los porcentajes entre el 0,5 al 1,0 %. Además, se ha encontrado evidencia de que en la edad adulta se presenta de forma completa los síntomas del TEPT, relacionándose con un importante deterioro clínico. En cuanto a las personas mayores, la prevalencia parece ser menor en comparación con la población general (APA et al., 2014).

Los índices altos del TEPT se encuentran entre los veteranos de guerra y otras profesiones con un alto riesgo de exposición traumática, como pueden ser: bomberos, policías, médicos de emergencias, etc. (APA et al, 2014). No obstante, “Las tasas más altas (...) se encuentran entre los supervivientes de violación, combate militar, cautiverio e internamiento y genocidio por

causas políticas o étnicas”. (APA et al., 2014, p.276). El TEPT es más frecuente en mujeres que en los hombres durante toda la vida. En la población general, las mujeres muestran mayor riesgo y duración del trastorno, relacionado a una alta probabilidad a la exposición a eventos traumáticos, entre ellos la violación sexual entre otros (APA et al., 2014).

En el caso de Colombia, la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (ENSM) del 2015 expone que los factores de riesgo para desarrollar el TEPT son “el sexo femenino, la exposición a un evento traumático previo, la presencia de trastornos del comportamiento previos, el trastorno afectivo bipolar o el abuso de sustancias” (Minsalud et al., 2015, p. 178). Así mismo, muestran que en la población general la prevalencia de vida del TEPT es del 1,8%, siendo más alta en mujeres (2,5%) que en hombres (0,8%). No obstante, señalan diferencias con respecto a otros estudios a nivel nacional, donde la prevalencia global del trastorno se encuentra entre el 3% y el 8%. Agregan “que otro 3,6% de la población general tienen alteraciones en 2 o tres grupos de síntomas del TEPT sin que cumpla todos los criterios para configurar un TEPT” (Minsalud et al., 2015, p. 179).

2.3 Prevalencia del TEPT en población adulta desplazada en Colombia.

En las víctimas del conflicto armado interno, se presentan una alta frecuencia de síntomas emocionales o trastornos mentales, bien sea porque el evento traumático estimula algún grado de vulnerabilidad o enfermedad pre-existente o porque los afecta directamente (Campo-Arias y Herazo, 2014). Hasta la fecha los dos estudios que más se aproximan a los datos de prevalencia de trastornos mentales a nivel nacional corresponden a los de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2003 y 2015. No obstante, éstos no informan de forma precisa sobre

los efectos del desplazamiento forzado en la salud mental de las víctimas (Castaño et al, 2018a, 2018b), como la prevalencia exacta del TEPT en los desplazados.

Tamayo et al., (2016), basado en la ENSM -2015, y en la CERAC (Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos), señalan mayor riesgo de estrés postraumático en desplazados que reportaron al menos un evento traumático. Además, el 60,9% de las víctimas (adultos) refirieron haber vivido o presenciado un evento traumático o han referido el caso de alguien cercano. El 13,6% presenta entre 3 y 5 síntomas de estrés postraumático y el 8,9% entre 6 y 9 síntomas crónicos. Igualmente, reportan mayor prevalencia de riesgo de estrés postraumático (2,2%) en comparación con la población general colombiana (1,2%), “que es casi el doble, y es importante si se tiene en cuenta que estos síntomas son crónicos” (Tamayo et al., 2016, p. 116-117).

De acuerdo Tamayo-Agudelo & Bell (2018) quienes revisaron investigaciones basadas en la ENSM 2015 y en la CERAC, encontraron que el TEPT fue más frecuente en áreas con menor intensidad y conflicto intermitente “lo que potencialmente refleja la persistencia de experiencias relacionadas con el trauma después de períodos de violencia más intensa” (p. 1). A pesar de que en dicha investigación no explica por qué ocurre este hecho que parece incoherente, se cree que es debido a que en los lugares con conflictos frecuentes/permanentes se ejercen mayores hechos violentos lo que hace que los pobladores decidan huir de su hogar, de tal forma que se hace menos frecuente hallar el TEPT en estas poblaciones, contrario a las áreas de menor intensidad y conflicto intermitente.

Castaño et al. (2018b), manifiestan que en estudios representativos de la población adulta víctima del conflicto armado se presenta de manera simultánea el TEPT, la ansiedad y la depresión. Los efectos psicológicos más frecuentes, luego de un año de la exposición del

conflicto, son el TEPT en un 37 %, el trastorno de ansiedad generalizada (43 %), la depresión mayor (38%) y el riesgo de suicidio (45%). En su estudio efectuado en tres ciudades de Colombia (Medellín, Bogotá y Buenaventura), hallaron que el 9,9% de los desplazados presentaron estrés postraumático, siendo mayor en comparación con la prevalencia del TEPT un año anterior a la entrevista de la ENSM 2015, que fue del 7,3 %.

Por otro lado, Campo-Arias y Herazo (2014) señalan una alta heterogeneidad y baja calidad en las investigaciones sobre los trastornos mentales en población desplazada en el país. Por esto, aconsejan interpretar los datos publicados con precaución. Esta diversificación sobre los datos se observa, por ejemplo, en la tabla 1 registrándose investigaciones realizadas en Colombia sobre la prevalencia del TEPT en víctimas del conflicto armado en los últimos 16 años, teniendo en cuenta que este país desde el año 2004 se encontraba en los primeros lugares de naciones con mayor número de víctimas de desplazamiento forzado interno (Shultz et al. 2014a; 2014b).

Estos estudios fueron seleccionados por medio de la revisión sistemática realizada en el marco de la investigación, partiendo de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Liberati et al., 2009), empleando criterios de búsqueda como Trastorno de estrés postraumático (TEPT), desplazamiento forzado, prevalencia, violencia sociopolítica en idiomas español e inglés, población adulta, y publicaciones desde inicios de este siglo, como criterios de inclusión teniendo en cuenta que Colombia desde esa época se encontró en los primeros lugares de países con alto índice de víctimas (Shultz, et al., 2014a; Mendoza, 2012). Los estudios con sólo niños y/o adolescentes y documentos de tesis fueron excluidos. La búsqueda se realizó en bases de datos como Web of Science, Scopus, Redalyc, Scielo, Science Direct, Dialnet Plus, PsyArticles, Jstore.

Dentro de la tabla 1, se reportan los diez estudios que cumplieron los criterios de inclusión y registraron resultados de prevalencia del TEPT en Colombia. Los trabajos de Andrade (2011), Sinisterra et al. (2010) y Richards et al. (2011), exponen los porcentajes más altos de prevalencia de este trastorno. A pesar de la diversidad de datos, se entiende que uno de los principales efectos del desplazamiento es la aparición del TEPT, como resultado de la violencia experimentada en los múltiples escenarios que involucra a los seres humanos, sean escenarios sociales, económicos, políticas o culturales, que contribuyen a la construcción del trauma (Arias, 2013) revelando un impacto negativo en la salud mental de las víctimas, que se hace relevante para su estudio.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tabla 1

Estudios de prevalencia del TEPT en víctimas del conflicto armado en Colombia.

Autores y año	Instrumento para el TEPT	Resultados
Hewitt et al. (2016)	Prueba de Estrés Postraumático (TEPT; Castrillón, 2003).	18.2% de las víctimas presentaron síntomas de trastorno por estrés postraumático, mientras que el 6.8% está en riesgo de presentarlo.
Andrade (2011)	Escala de Trauma Davidson (DTS)	El 100% de la población arrojó indicadores de TEPT, con 50% de gravedad extrema y 40% moderada.
Juárez y Guerra (2011)	Escala de Trauma de Davidson (DTS)	El 50,5% de los individuos presentó TEPT.
Richards et al. (2011)	Lista de síntomas (checklist) para el diagnóstico de TEPT (Pineda et al., 2002).	El 88.3% de los participantes superaron la puntuación de corte para un diagnóstico de TEPT. El puntaje promedio en la lista de verificación de PTSD para estos 103 sujetos fue de 68.9
Londoño, Sicachá y González (2011)	Escala de Trauma de Davidson (DTS).	El 60% de las víctimas estudiadas presentó una Gravedad de los síntomas de TEPT mayor que Leve y en el 70% se presenta con una frecuencia entre A veces y A diario.
Sinisterra et al. (2010)	Escala Estructurada Breve para el Diagnóstico de TEPT” (Pineda & cols., 2002).	Prevalencia del TEPT es del 97.27%, donde sobrepasaron en gran medida “la información reportada por investigaciones internacionales sobre la prevalencia de ansiedad, depresión y TEPT, relacionadas con el desplazamiento que proyectan valores, en un rango entre el 11% y el 23%” (p.94).
Echenique, Medina, Medina y Ramírez (2008)	Cuestionario de Experiencias Traumáticas TQ (Davidson, Hughes y Blazer, 1990). Escala para Estrés Postraumático administrada por el clínico (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney y T. M. Keane, 1990).	El 1.4% de los sujetos registró TEPT actual y el 4.22% presentó TEPT alguna vez su curso vital, para un total de 5.6% personas afectadas.
Alejo, Rueda, Ortega y Orozco (2007)	Entrevista estructurada Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS) (Bobes, Bousoño, Calcedo & Gonzáles, 2000) Escala de Trauma de Davidson (DTS; Davidson et al., 1997).	El 21.1% de la muestra, arrojó prevalencia de TEPT.
Londoño et al. (2005)	MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).	El 37% de sujetos presentó TEPT.
Rodríguez, Díaz, Niño, Samudio y Silva (2005)	Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático (PSD; Foa, 1995).	Los adultos arrojaron un 70% en el nivel de Moderado a Severo (70%), Moderado (15%), severo (10%) y Leve (5%). Los adolescentes presentaron porcentajes similares a los arrojados por los adultos.

Fuente: Elaboración propia.

3. La salud mental como estado de bienestar: las tradiciones en el estudio del bienestar.

Cuando se habla de salud mental se tiende a definir, en primer lugar, el término de salud, pero éste ha sido impreciso en su concepto, ya que varía de acuerdo a la experiencia y cultura de cada individuo (OMS, 2004). No obstante la OMS, institución mundialmente reconocida por velar por el bienestar de los seres humanos, ha hecho un esfuerzo por unificar las teorías de la salud, entendiéndola desde los estados de ausencia de enfermedad y presencia de suficiencia, aptitud o de recursos personales e involucrando tanto al ambiente como al individuo (OMS, 2004), como se puede observar en su definición, donde la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013, p.48) apuntando a una perspectiva positiva de la salud.

Este concepto parte de un nuevo modelo biopsicosocial que considera al sujeto dentro de un contexto socio-histórico, así como la “presencia de indicadores y condiciones que promueven y facilitan el bienestar” (Blanco y Díaz, 2006, p.9), apartando el viejo modelo biomédico “encadenado a la enfermedad y centrado en la presencia dentro del sujeto de síntomas físicos o psicológicos” (Blanco y Díaz, 2006, p. 9). Este nuevo modelo expuesto por la OMS (2013), considera a la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad.” (p.42).

Ahora bien, Keyes (2005) es considerado de gran importancia en esta investigación para la definición y estudio de la salud mental, no sólo porque parte desde una dimensión positiva, destacando al bienestar como eje principal donde las personas son “libres de la psicopatología, y poseen altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social” (Keyes, 2005, p. 539);

sino además, porque durante los últimos 40 años ha existido una exhaustiva investigación sobre el bienestar, donde su propuesta es una de las más reconocidas y empleadas para el estudio de la salud mental (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007). Para Keyes (2005) la salud mental es un “conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo operacionalizado por medidas de bienestar subjetivo: percepciones de los individuos y evaluaciones de sus vidas y la calidad de su funcionamiento en la vida” (p. 540).

Su propuesta denominada *El Modelo del Estado Completo de Salud - MECS* (en inglés Complete State Model of Health; Keyes, 2005), es una de las más importantes, y ha sido la base de múltiples investigaciones, tales como las de Díaz et al. (2007), Blanco y Díaz (2006), Rodríguez (2013), Amarís et al. (2016), Abello-Llanos et al. (2009) y Cardozo, Cortés-Peña, y Castro (2017). Los cuatro últimos estudios nombrados han dirigido su interés en el estudio de la salud mental en las víctimas en condición de desplazamiento forzado en Barranquilla, Colombia, orientados por este modelo.

Díaz et al. (2007), indican que este modelo presenta dos particularidades: “Primero: más que formar una única dimensión bipolar, la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí. Segundo: la presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo” (p.286). En otras palabras, la salud y la enfermedad siempre estarán relacionadas a pesar de ser dos variables independientes. Y, por otro lado, la presencia de salud indicará algún grado de bienestar.

Keyes (2005) toma para este modelo las tres dimensiones del bienestar para medir salud mental: bienestar psicológico, bienestar subjetivo, y bienestar social (Díaz et al., 2007). El bienestar psicológico indica el equilibrio de lo que el individuo ha logrado y lo que quiere lograr; el bienestar subjetivo se refiere a la valoración que una persona realiza sobre su vida; y

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

el bienestar social, se relaciona a la evaluación hacia las situaciones del entorno (Amarís y Buelvas, 2010). Este modelo está conformado por 14 medidas o síntomas de salud mental, las cuales se engloban en dos criterios principales: hedonía y funcionamiento positivo, para diagnosticar la salud mental (Blanco y Díaz, 2006), cuyas medidas o dimensiones se exponen en la tabla 2.

Tabla 2
Medidas de la salud mental de acuerdo al MECS.

Bienestar subjetivo	Bienestar social	Bienestar psicológico
1. Afecto positivo: buen humor, sosiego, calma y amor por la vida. Experiencias placenteras ante una situación.	1. Aceptación social: actitud positiva hacia los otros acompañada de reconocimiento y aceptación de las diferencias.	1. Autoaceptación: actitudes positivas hacia sí mismo y hacia la vida pasada y aceptación de las características del yo.
2. Afecto negativo: Resultado de experiencias emocionales negativas ante una determinada situación de vida.	2. Actualización social: creencia en la capacidad de las personas, de los grupos y de las sociedades para crecer y desarrollarse positivamente.	2. Crecimiento personal: Confianza en sí mismo y apertura a nuevas experiencias y retos.
3. Satisfacción con la vida: sentimiento de felicidad.	3. Contribución social: sentimiento de que nuestras actividades son útiles para la sociedad y de que son valoradas.	3. Propósito de vida: proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos.
	4. Coherencia social: interés por la sociedad y por la vida social; sentimiento de que la sociedad es inteligible, tiene una lógica, es predecible y tiene un sentido.	4. Dominio del entorno: capacidad para manejarse en ambientes complejos y para elegir aquellos que se adaptan a sus necesidades.
	5. Integración social: sentimiento de pertenencia a una comunidad de la que recibe satisfacción y apoyo.	5. Autonomía: capacidad para definir y dirigir la vida de acuerdo a estándares internos socialmente aceptados, y resistencia a la presión social.
		6. Relaciones positivas con los otros: capacidad de empatía e intimidad.

Nota: Elaborado a partir de Blanco y Díaz (2006, p. 12) y Blanco y Blanco (2018, p.94).

Se entiende, entonces, que la salud mental en este proyecto parte de una dimensión positiva de la misma como apunta la OMS, considerándose sinónimo de bienestar. Cabe aclarar, de acuerdo a Blanco y Díaz (2004), que, en la Psicología, el concepto de bienestar y el de salud son sinónimas, pues ambas permiten al individuo la sensación de libertad, por ello, esta ciencia en su vocación de intervención, el bienestar es su punto de referencia más conocido. Es así, que se ha tomado al MECS como marco de referencia, considerando que podría para dar cuenta de los efectos de la violencia en las víctimas y desde la intervención promover cada dimensión de la salud mental. En consideración de los anterior, se permitirá ahondar sobre las tres dimensiones del MECS para mayor entendimiento de este trabajo.

3.1 Bienestar subjetivo.

Este se relaciona con la valoración que realiza una persona sobre su vida con base en su satisfacción (felicidad) y su bienestar, las cuales experimenta en su contexto, igualmente sobre los recursos con los que cuenta para sentirse satisfecha, así como experiencias tanto positivas como negativas a nivel psicológico-conductual (Velasco, Botero y Londoño, 2011). Diener (2000), reconocido investigador del bienestar subjetivo lo ha definido como las valoraciones cognitivas y afectivas que un individuo hace sobre su vida, englobando tres componentes: emocionales (afecto positivo, afecto negativo), cognitivos y de satisfacción con la vida (de naturaleza afectiva). En resumen, es un concepto que incluye experiencias emocionales satisfactorias, bajo grado de emociones negativas y alto grado de satisfacción vital (Diener, 2000; Velasco et al., 2011).

Diener ha planteado dos dimensiones como parte del bienestar subjetivo. La primera se refiere al *aspecto afectivo-emocional*, donde se halla el estado de ánimo (Diener & Suh, 2000;

Velasco et al., 2011); ésta dimensión se subdivide en dos componentes: *afecto positivo* y *afecto negativo* (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Sandin et al., 1999; Lucas, Diener & Suh, 1996), donde lo ideal es la preponderancia del afecto positivo en el que se involucran experiencias placenteras (Blanco y Blanco, 2018). En el afecto positivo se pueden encontrar las siguientes emociones: alegría, satisfacción orgullo, felicidad, afecto, éxtasis, etc. (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). En cuanto al afecto negativo se hallan las siguientes: vergüenza y culpa, tristeza, preocupación, furia, estrés, depresión, envidia, entre otras (Diener, Suh et., 1999).

La segunda dimensión, se orienta en lo *valorativo cognitivo*, que hace referencia a la evaluación global del sujeto con respecto a la satisfacción que siente sobre su vida (Diener & Suh, 2000; Velasco et al., 2011; Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik, 1991; Atienza et al., 2000). Esta dimensión “representa la diferencia percibida entre aspiraciones y logros, cuya amplia jerarquía evaluativa va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración” (Velasco et al., 2011, p. 106). *La satisfacción vital* engloba las siguientes características: deseos de superarse, satisfacción con la vida actual, satisfacción con la vida pasada, satisfacción con la vida futura y percepción de la vida por parte de otros significantes (Diener et al., 1999). Un individuo con mayor número de experiencias satisfactorias probablemente valorará su vida de forma positiva, mientras que los individuos insatisfechos lo harán de forma negativa (Velasco et al., 2011).

Chamberlain (1988), afirma que ambas dimensiones presentan una moderada correlación; y múltiples escalas del bienestar las contienen. No obstante, algunos autores las han evaluado de forma separada, por diversas razones, entre ellas, “su comportamiento a lo largo del tiempo es distinto, y las relaciones que mantienen con otras variables psicológicas describen patrones

diferentes” (Atienza et al., 2000, p. 314). De acuerdo a Atienza et al. (2000), los autores Pavot y Diener (1993) exponen tres razones para separarlas:

En primer lugar, aunque las personas reconozcan los aspectos indeseables de su vida pueden ignorar o evitar las reacciones emocionales negativas. En segundo lugar, las reacciones afectivas son, con frecuencia, respuestas de corta duración que se producen ante estímulos inmediatos, mientras que la satisfacción con la vida es una evaluación que refleja una perspectiva a largo plazo. En tercer y último lugar, la evaluación que realiza conscientemente la persona sobre las circunstancias de su vida puede reflejar valores y objetivos conscientes. Por el contrario, las reacciones afectivas pueden estar reflejando en mayor medida factores inconscientes y estar más influidas por los estados corporales. (pp. 314)

Entonces, el bienestar subjetivo representa la calificación general que hace el individuo de forma positiva sobre su vida de acuerdo a sus necesidades, intereses, expectativas, capacidades, entorno, vida social, etc., que le permiten estimar si ha logrado satisfacer estos aspectos mediante el afrontamiento, de modo que muestra si el sujeto está a gusto con su propia vida (Velasco et al., 2011). La presencia de bienestar subjetivo se relaciona con una alta autoestima, sentimiento de control, relaciones positivas y mejores expectativas vitales (Eid y Larsen, 2008; Blanco y Blanco, 2018). En este caso se interesó por estudiar el bienestar subjetivo desde la evaluación de la satisfacción con la vida, teniendo en cuenta que como dimensión valorativa cognitiva refleja respuestas desde una perspectiva a largo plazo, que no se vería afectada por los estados corporales y factores inconscientes (Pavot y Diener, 1993).

3.2 Bienestar psicológico.

El bienestar psicológico se encuentra integrado al bienestar subjetivo, pero se ha desprendido recientemente para centrarse en el desarrollo personal, y en la manera de afrontar la adversidad para proteger el proyecto de vida. Ambas dimensiones del bienestar (subjetivo y psicológico), tienen un interés común en el proceso psicológico, pero se basan en diferentes indicadores para medir estos procesos relacionada a los rasgos y estilos de personalidad (Blanco y Díaz, 2005).

El bienestar psicológico presenta seis dimensiones propuestas inicialmente por Ryff (1989), y replicadas luego por Ryff y Keyes (1995). Con base en Díaz et al. (2006), quienes efectuaron la adaptación al español de la escala de bienestar psicológico de Ryff, se definirá cada una de las dimensiones de forma breve:

- 1) *La autonomía*: permite mantener la individualidad en los diversos contextos sociales. Las personas necesitan determinar sus propias creencias (autodeterminación), y mantener su independencia. Quienes son autónomos tienen la capacidad de soportar una alta presión social, y pueden auto-regular su comportamiento de la mejor forma.
- 2) *Propósito en la vida*: Son las metas y objetivos que permite dotar de sentido a la vida. Se presenta como una necesidad humana.
- 3) *Auto-aceptación*: Es fundamental para el bienestar. La autoaceptación refleja actitudes positivas hacia sí mismo, permitiendo que las personas se sientan bien consigo mismas a pesar de ser consciente sus propias limitaciones.
- 4) *Relaciones positivas con otros*: Las relaciones sociales sólidas, amistades de confianza, y la capacidad de amar son fundamentales para el bienestar y la salud mental de las personas. De acuerdo a los autores múltiples estudios efectuados en los últimos 20

años: “señalan que el aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionadas con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida (Díaz et al., 2006, p. 573).

- 5) *El dominio del entorno*: se relaciona con la capacidad de escoger o crear entornos propicios para cumplir las necesidades y deseos propios. “Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea” (Díaz et al., 2006, p. 573).
- 6) *Crecimiento personal*: es la necesidad de desarrollar el máximo potencial o capacidades personales, relacionándose a la autorrealización que va más allá de las necesidades básicas, encontrándose esta característica en personas sanas (Blanco y Blanco, 2018).

3.3 Bienestar social.

El bienestar social en palabras de Keyes (2005), es “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 2005, p. 122). En la sociedad existen relaciones de apoyo que crean una unidad, de la cual surgen actividades que fortalezcan y mejoren la situación de vida de los integrantes de la misma (Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro, 2004), y que por ende fortalece el bienestar social.

Keyes (1998), reconocido exponente del bienestar social, propone un modelo teórico describiendo cinco dimensiones:

- 1) *Integración social*: es la valoración de la calidad de las relaciones sostenidas entre el individuo con su ambiente social. Abarcan necesidades socioemocionales relacionadas al apoyo social, autoestima e identidad (Blanco y Díaz, 2004, 2005, 2006).

2) *Aceptación social*: Punto de partida del bienestar social; muestra la necesidad de pertenencia a un grupo. Se encuentran: las actitudes positivas, confianza y aceptación hacia los demás y, por otro lado, la aceptación de los aspectos positivos y negativos de la propia vida.

Ambas cualidades son consideradas indicadores de salud mental.

3) *Contribución social*: relacionada a la confianza en los demás y en sí mismo, conducida por el sentimiento de utilidad y valía en el mundo.

4) *Actualización social*: Se centra en la confianza depositada en la sociedad. En ella se tiene la idea de que la sociedad controla su rumbo. Keyes, plantea que la gente más saludable mentalmente cree en el futuro de la sociedad, en su desarrollo, potencialidad y en su capacidad de crear bienestar.

5) *Coherencia social*: capacidad para entender la dinámica social. Las personas sanas además de interesarse en conocer su mundo, se sienten capaces de comprender lo que ocurre a su alrededor, encontrando una lógica a los acontecimientos (Blanco y Díaz, 2005).

Blanco y Díaz, (2004, 2005, 2006), señalan que el bienestar social se apoya especialmente en la integración: y la actualización social, apoyando los fundamentos de la grupalidad, donde grupo es la base que orienta al individuo.

3.4 Perfil psicosocial de la salud mental de las víctimas desde los factores protectores y de riesgo.

3.4.1 Factores protectores de la salud mental en desplazados forzados.

Esta investigación, concibe como factor protector, aquellas características, propias (individuos, familias, grupos comunidades), o externas (contextual/ambiental/situacional), que reducen la posibilidad de un comportamiento desviado (Pérez y Mejía, 1998; Villanueva-

Bonilla y Ríos-Gallardo, 2018), una enfermedad (Villanueva-Bonilla y Ríos-Gallardo, 2018; Muñoz, Sandstede, Klimenko 2017); o trastorno mental (Corona, Hernández y García, 2016), así como, “la existencia de recuerdos personales, psicológicos y de apoyo social que permitan al desplazado elaborar los duelos por las pérdidas sufridas; la capacidad de ajuste a situaciones nuevas y vínculos familiares y sociales estables” (Camilo, 2000, p. 18). Desde estos aspectos, se contribuye a reducir la vulnerabilidad o las amenazas, así como los efectos de los factores de riesgo, logrando aportar al desarrollo humano (Páramo, 2011).

Dentro de la literatura del desplazamiento forzado se ha señalado a la autoestima como factor protector mientras adopte un papel hedónico en el que se promueve el bienestar y una alta autoestima, pues tiene como función impulsar a las personas a enfrentar circunstancias estresantes operando como un almacén de sentimientos positivos (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003; Góngora y Casullo, 2009).

El bienestar psicológico y el afrontamiento efectivo también son factores protectores que han sido objetos de estudio en diferentes investigaciones en el campo de la psicología. Ambos factores derivan de las propias capacidades de los individuos para satisfacer sus necesidades, responder a las demandas de sí mismo y del medio y sobreponerse ante hechos catastróficos (Góngora y Casullo, 2009).

En el contexto del desplazamiento, autores como Amarís et al., (2009) y Amarís et al., (2016), resaltan la importancia de identificar, estrategias de afrontamiento poco eficaces para reorientarlas hacia estrategias más efectivas/activas, de modo que favorecen la salud mental, convirtiéndolo en un factor protector. Así mismo, múltiples investigaciones en este contexto como las de Amarís y Madariaga, (2018), Amarís et al. (2016), Rodríguez (2006), López (2005), Bello, Martín y Arias, (2000), Hewitt et al., (2016), Zuluaga (2016), Barrera, Londoño,

Henao y Calderón (2015), Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano (2013), Giraldo, Gómez y Maestre (2008), Di-Colloredo et al. (2007), Rodríguez et al. (2005), muestran al afrontamiento como un recurso importante que favorece la salud mental de las víctimas.

Dentro de las estrategias de afrontamiento que aparecen como factor protector se encuentra la reevaluación positiva, la solución de problemas (Hewitt et al., 2016) y la religión, (Hewitt et al., 2016; Zuluaga, 2016; Di-Colloredo et al., 2007; Londoño et al., 2008; Giraldo et al., 2008), o apoyo espiritual (Amarís et al., 2016). Se aclara que la religión se vincula a una creencia en una fe o adopción de una doctrina religiosa; y/o la asistencia a la iglesia relacionada a esa fe profesada (Gómez, 2012), en cambio el apoyo espiritual corresponde más con la creencia de uno o varios seres supremos que no necesariamente están relacionados a una doctrina religiosa. Sin embargo, en el tema de desplazamiento parece que ambos términos se fusionan, pues se integra la espiritualidad en la religión (Gómez, 2012); ambas constituyen la idea de un apoyo superior que genera fortalezas para seguir adelante (Amarís et al. 2016; Hewitt et al. 2016; Zuluaga, 2016).

Entonces, la religión desde su definición teórica se expone como una estrategia pasiva. No obstante, y teniendo en cuenta los estudios con desplazados se reconoce como un recurso positivo y factor protector (Giraldo et al., 2008), que emplean las víctimas regularmente para responden antes las demandas de la vida diaria (Amarís et al. 2016; Hewitt et al. 2016; Zuluaga, 2016), ayudando a amortiguar el estrés, considerándose un refugio y fuente de tranquilidad ante la adversidad para las víctimas (Di-Colloredo et al., 2007; Giraldo et al., 2008; Londoño et al., 2008; Gómez, 2012; Hewitt et al., 2016; Zuluaga, 2016). Así mismo, ante la revictimización de los afectados y su proceso para ser reconocidos como víctimas ante

el Estado, la religión se convierte en un medio para obtener justicia (Castrillón-Guerrero et al., 2018).

Ahora bien, Amarís et al. (2016) en su revisión sistemática sobre estudios de bienestar y trauma en víctimas de violencia política, agrupa en la categoría de posturas activas a las siguientes estrategias que aparecen como factores protectores: hijos como motivo para salir adelante, pensar en posibilidades futuras de progreso y estabilidad, espiritualidad, valoración de recursos familiares e institucionales, mostrarse abiertos y flexibles en la búsqueda de soluciones. Estas posturas activas se relacionaron al perfil de salud mental de las víctimas, el cual se compara más adelante con los resultados de la exploración (ver tabla 12).

Autores como Amarís y Madariaga (2018), Hoyos (2014), Daza et al. (2011), y Di-Collredo et al., (2007) señalan la necesidad de crear nuevos diseños de intervenciones enmarcadas desde los factores protectores hallados a partir de la investigación misma, y en donde los afectados puedan tomar el papel de protagonistas y agentes activos, lo que favorece su desvictimización (Hoyos, 2014; Domínguez y Godín, 2007).

3.4.2 Factores de riesgo de la salud mental en desplazados forzados.

Los factores de riesgo se definen como las características internas o externas de los individuos, familias, grupos o comunidades, que aumentan la probabilidad de generar algún tipo de fenómeno (Luengo, Tamames, Gómez, García y Pereiro 1999; Muñoz et al. (2017), una determinada enfermedad (Villanueva-Bonilla y Ríos-Gallardo, 2018), o vulnerabilidad (Corona et al., 2016), impactando negativamente en el (los) individuo(s) (Mayor et al., 2018).

Los factores de riesgo abarcan una amplia gama de variables y situaciones que desfavorecen el desarrollo humano sea individual o colectivamente. Dentro de estos factores

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

se encuentran los siguientes: estrés, trastornos mentales, acceso a las drogas, problemas de desplazamiento y vivienda, pobreza, educación, transporte, la guerra y la violencia, delincuencia, discriminación, injusticia y la desigualdad social (Restrepo-Espinosa, 2012).

Por otro lado, el no cumplimiento de las expectativas de los estándares sociales también se puede convertir en factores de riesgo del bienestar generando estrés y afectando en la situación económica, la posición social, el nivel educativo, la satisfacción laboral, las condiciones ambientales, la vivienda, la salud y/o el género de la persona de acuerdo a la cultura, (Restrepo-Espinosa, 2012).

En el contexto del desplazamiento, los factores de riesgo se relacionan: a la experiencia de pérdidas afectivas o de situaciones violentas que no se hayan podido superar; a relaciones familiares conflictivas o fragmentadas; a una estructura de personalidad con dificultades de ajuste y adaptación, y la propensión a la depresión y ansiedad (Camilo, 2000), a problemas de alcohol (Hewitt et al., 2016) y el acceso a drogas (Restrepo-Espinosa, 2012).

De acuerdo a Borda et al. (2015) “Sólo en la última década se ha reconocido la violencia social como una fuente importante de estrés similar a otras experiencias traumáticas como factor de riesgo para desenlaces negativos en salud mental” (p.3). Condiciones como: ser víctimas de violación de los derechos humanos, discriminación de género, tener bajos ingresos, etc; hacen difícil el afrontamiento de problemáticas sociales y de salud debido a la percepción que genera en la capacidad para enfrentar la realidad. Además, aspectos como la inseguridad, la desesperanza, un abrupto cambio en la sociedad, la violencia y las alteraciones en la salud física son factores de riesgo en las personas más vulnerables que pueden originar el desarrollo de enfermedades mentales (OMS, 2004). Es decir, estos factores de riesgo impactan negativamente la psiquis, el estado emocional y las relaciones afectivas de los individuos, ya

que generan condiciones de vulnerabilidad que cambian su vida afectando tanto los recursos intrínsecos como extrínsecos y sus capacidades para afrontar las situaciones.

En el caso de las mujeres su género es un factor de vulnerabilidad que se profundiza en el contexto del desplazamiento forzado (Salcedo y Paes-Machado, 2019; Olivera, 2019; CNMH, 2015) y que de acuerdo a la Corte Constitucional Auto 092 de 2008 citado por el CNMH (2015), se debe a que sus derechos son “vulnerados en forma sistemática, extendida y masiva a lo largo de todo el territorio nacional” (p. 412). Esto se evidencia en los índices de desplazamientos por género donde las mujeres presentan un mayor porcentaje que los hombres (51% son niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores, especialmente de origen campesino y étnico) lo que podría tener relación con los datos oficiales del total de la población expuestos por el Censo 2005 cuyas cifras revelan un mayor número de mujeres (51%) que de hombres (49%; CNMH, 2015).

Como se observa en estos datos no es mucha la diferencia entre los porcentajes por género, sin embargo, el CNMH (2015) señala que la Corte Constitucional mediante el Auto 092 reconoce “que el desplazamiento forzado tiene un impacto desproporcionado, desde el punto de vista cualitativo, en las mujeres, especialmente aquellas que son cabeza de familia” (p. 410), y que en general deben asumir el rol de proveedor del hogar (Ruano, 2013; Mertens, 2004; Gómez, 2007; CNMH, 2015) ya sea por la muerte, separación o desaparición de su pareja o la dificultad de los mismo en encontrar estabilidad laboral (CNMH, 2015). Además, las mujeres vivencian situaciones de abuso sexual, homicidios, torturas y otro tipo de violencia que son ejercidas en este contexto y que menoscaban su autoestima, el control y percepción sobre su vida, etc., razón por la cual se halla en esta población mayor riesgo de trastornos

mentales (Londoño et al. 2011; Gómez-Restrepo, Tamayo Martínez, Bohórquez et al, 2016b; Mercado, 2016; Salcedo y Paes-Machado, 2019; Olivera, 2019).

Por otro lado, la investigación de Amarís et al., (2016) se halla que los factores de riesgo se relacionan a las posturas fatalistas que incluyen: subvaloración, debilitamiento de la autonomía, y de la autoconfianza, tristeza, desesperación, añoranza, creencias incongruentes del funcionamiento social y tener poco dominio para cambiar el rumbo de las cosas, y deterioro de las relaciones sociales. Castaño (1994), Bello (2004) y Londoño et al. (2011), también señalan que las manifestaciones negativas más comunes de las personas que han experimentado el desplazamiento se relacionan con el sentimiento de desamparo y pérdida del sentido de vida, nostalgia, rabia, miedo entre otros, cuyos sentimientos pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de síntomas psicológicos, entre ellos de ansiedad y depresión como los más comunes, que si persisten pueden derivar en trastornos mentales.

No obstante, los factores de riesgo se pueden transformar mediante estrategias que pueden ayudar a mejorar la salud como lo son la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales, creando buenas condiciones para apoyar a las víctimas tratando de reducir el impacto de la violencia (OMS, 2001). La promoción de la salud es un medio para la transformación de los factores de riesgo (OMS, 2004).

3.5 Promoción de la salud mental: Conceptualizaciones desde la salud pública.

De acuerdo a la OMS (2004) y Baum (1998), la promoción de la salud es un nuevo campo de acción, que generalmente es llamado la nueva salud pública. Este se define como la acción y defensa que comprende el rango completo de los determinantes de la salud que son posibles de transformar (OMS, 1998, 2004). Según la OMS (2004), “los determinantes de la salud son

aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o comunidad (...) pueden ser asuntos de opción individual (...), o pueden estar relacionados a características sociales, económicas y ambientales” (p. 18-19). Es decir, la promoción de la salud tiene en cuenta los factores protectores y de riesgo de los individuos y su comunidad, para sus actividades de transformación. Este concepto se aleja de modelos tradicionales como la medicina e implica la inclusión de otros actores que puedan aportar al cambio (OMS, 2004). La carta de Ottawa de 1986, elaborada por la OMS manifiesta que la promoción de la salud:

(...) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, si no como a fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (párr.3)

Teniendo en cuenta estas definiciones, se considera que la promoción de la salud implica, entonces, la realización de intervenciones que involucren tanto los factores individuales como sociales y sus respectivos factores de riesgo y protectores, con el propósito de ser controlados y mejorados por partes de los individuos.

Por otro lado, se quiere aclarar que, en el tema de la promoción de la salud, el término de prevención es nombrado con regularidad. No obstante, existen diferencias entre ellas.

Mientras que la promoción hace referencia a los determinantes de la salud, la prevención se ocupa de las causas de los problemas o trastornos. No obstante, la promoción en ocasiones es usado como un término paraguas, que incluye la prevención, pues sus actividades se relacionan entre sí (OMS, 2004). Por ello, la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales, son estrategias que pueden ayudar a mejorar la salud de quienes han sido afectados (OMS, 2001).

Promover la salud mental no es un ideal que haya que imponer a los individuos, pues es una tendencia natural estimular la salud mental, la felicidad, la armonía y el amor, ya que estos son inherentes en la existencia humana (Fromm, 1997). El reto de las intervenciones radica en lograr ayudar a desarrollar en las víctimas la capacidad interna para fomentar sentimientos y estados de ánimo optimistas ante momentos adversos (Bisquerra, 2000). Al final, el principal instrumento para la acción social, es el psicólogo en su rol como agente para la transformación social (Montero, 1994).

3.5.1 Promoción de la salud desde los factores protectores.

Los factores de protección, son muy importante porque ayudan a cambiar las respuestas de los individuos “ante un peligro ambiental de manera que la consecuencia no siempre sea perjudicial (...) los factores de protección sólo pueden ser detectables cuando están ante la presencia de factores de estrés” (OMS, 2004, p. 22). Es decir, que los factores de riesgo influyen en la identificación de los factores protectores.

Autores como Camilo (2000), resaltan la necesidad de tomar ambos factores dentro de intervenciones que buscan impactar de forma positiva en las víctimas. En palabras del autor: “se busca ilustrar la importancia de considerar factores protectores o de riesgo en todos los

ámbitos como parte central del reconocimiento de la identidad que intenta aportar soluciones desde la intervención psicológica y psicosocial” (Camilo, 2000, p. 20). Al igual que la OMS (2004), nombra tanto el ámbito individual como el colectivo, reconociendo que en ellos es clave la identificación de los factores de riesgo y de protección “para determinar el impacto y para considerar medidas de intervención psicosocial” (Camilo, 2000, p.34).

Además, los planteamientos de Amarís y Madariaga (2018), Hoyos (2014), Daza et al. (2011), y Di-Colloredo et al., (2007) también concuerdan con lo expuesto por Camilo (2000), advirtiendo la necesidad de crear nuevos diseños de intervenciones a partir de los factores protectores, sin desconocer los de riesgo, que permitan mejorar las condiciones de las víctimas y envolviéndolos dentro de su misma transformación. Entendiendo la importancia de los factores protectores, Amarís et al. (2016) indica que para la intervención social es oportuno partir desde la identificación de las estrategias de afrontamiento que sean poco eficaces y “reorientar las acciones hacia el uso de aquellas estrategias que permitan dar una mejor solución y se enfoquen más en proteger la salud mental, con lo que se contribuye a la prevención de futuros desajustes psicológicos” (Amarís et al; 2009, p. 224).

En el caso de Domínguez y Godín (2007), se expone una investigación de corte cualitativo para entender el significado del desplazamiento desde una perspectiva positiva, estimulando al reconocimiento de habilidades y a la exploración del manejo de la realidad. Es decir, su investigación reconoce a los factores protectores como un recurso para potenciar la salud mental. Este mismo propósito se halló en López (2005), quien partió “de la concepción de las familias desplazadas como protagonistas de su propio restablecimiento y como sujetos de su reconstrucción” (p. 15).

Arias (2013), señala que las intervenciones orientadas a disminuir los problemas de salud mental podrían tener un gran impacto positivo en la población de los países de bajos y medianos ingresos en los cuales ocurren problemáticas de índole socio-política. Lo anterior se observa en el estudio de Amarís y Buelvas (2010) con desplazados, encontrando que el bienestar en sus tres dimensiones permitió a los individuos actuar funcionalmente ante situaciones de diversa índole. El bienestar, se creó a partir de las nuevas condiciones positivas del contexto, permitiéndoles adaptarse a su nuevo ambiente, ayudando a afrontar la adversidad y creando en ellos sentimientos positivos. Estas condiciones se convirtieron en herramientas contra trastornos mentales estimulando el sentimiento de bienestar (Amarís y Buelvas, 2010).

Autores como Saleebey (1997), Quesada (2003); y Villa (2012), sugieren implementar intervenciones que inciten la resiliencia, recuperación y transformación de vida, donde se evidencien las respuestas positivas de las víctimas en situaciones negativas, y potenciar sus fortaleza. En este proceso, la psico-educación es un medio para trabajar la restauración y la creación de factores protectores del bienestar (Alfaro, Sánchez y Zambrano, 2012). En resumen, los factores de protección son recursos que se hacen necesarios identificar para usarlos como herramientas de cambio, sin desconocer los factores de riesgo.

4. Los recursos de afrontamiento como factores protectores y estrategias de intervención.

4.1. Recursos personales.

Los recursos son las capacidades humanas para sobrellevar/afrontar situaciones desfavorables. Es decir, que los individuos afectados por la violencia socio-política, en este caso las víctimas del desplazamiento, tienen la capacidad de dominar su realidad de forma exitosa pues poseen recursos como todos los seres humanos para afrontar. En palabras de Hoyos (2014): “Todos los seres humanos tenemos recursos para resolver los problemas (...) salir del estrés (...) Es posible hacer uso de esos recursos si se acepta que la adversidad está siempre presente en la vida humana porque hace parte de la existencia” (p.13).

El afrontamiento es un recurso personal considerado en esta investigación como un factor protector, teniendo en cuenta autores antes citados como Amarís y Madariaga, (2018), Amarís et al. (2016), Rodríguez (2006), López (2005), Bello, Martín y Arias, (2000), Hewitt et al., (2016), Zuluaga (2016), Barrera, Londoño, Henao y Calderón (2015), Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano (2013), Giraldo, Gómez y Maestre (2008), Di-Collredo et al. (2007), y Rodríguez et al. (2005). Así mismo, considerando autores como Kirchner (2003), y Góngora y Casullo (2009), quienes la exponen como una variable mediadora del estrés.

Al realizar indagaciones sobre el afrontamiento se observó que existen diferentes formas de abordaje del mismo. No obstante, de manera general se entiende que el afrontamiento funciona como una variable que influye en la regulación de la salud mental, reaccionando ante los estímulos estresantes. En palabras de Kirchner, (2003):

A nivel conceptual y metodológico se interpreta el afrontamiento como una variable de carácter bien sea mediador, bien moderador, que modifica los efectos desestabilizadores del

estrés (...) engloba a todos los recursos y mecanismos biopsico-sociales que activa el sujeto ante una situación que le genera malestar y tensión. La calidad y adecuación de estos recursos incidirá en el grado de ajuste psicológico. (pp. 200)

López et al. (2008) en coherencia con Kirchner (2003), manifiestan que el afrontamiento es el comportamiento que el individuo realiza tanto física, como social y cognitivamente ante las demandas del entorno. Este se genera “tanto en condiciones positivas como negativas: la vida cotidiana conlleva indefectiblemente estrés” (Barrio, García, Ruiz y Arce, 2006, p. 40). El estrés es básicamente una reacción de luchar o huir ante una amenaza percibida, siendo una respuesta de supervivencia o de la autoestima personal (Barrio et al., 2006).

En otras palabras, el afrontamiento tiene como punto de partida un estímulo estresante, y su respuesta depende de los recursos psicosociales de los sujetos que intervienen entre los agentes estresores y el bienestar. Estos recursos o factores intervienen en esta relación de acuerdo a tres conductas: 1) eliminando o 2) modificando las circunstancias externas que generen estrés y que lleven a los problemas; o 3) transformando el valor de los estímulos que vienen de afuera y su representación amenazante (Lin y Ensel, 1989; Gil-Lacruz, 2007).

Los autores más influyentes e importantes sobre la teoría del afrontamiento al estrés son Lazarus & Folkman (1984; 1986; 1987), pues su propuesta es la más aceptada y reconocida en el campo de la psicología (Amarís et al., 2013). Su planteamiento toma como referente el modelo animal, indicando que este concentra todas las acciones que pretenden dominar las circunstancias negativas, tratando de reducir el grado de alteración psicofisiológica generado por estas situaciones (Di-Colloredo, 2007).

Para Lazarus & Folkman (1986) el afrontamiento trata sobre “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas

externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Esta definición revela como las circunstancias del contexto sociocultural establecen la interacción del sujeto y su medio, sustentándose en un enfoque cognitivo-fenomenológico (Amarís et al., 2013). Estos planteamientos con el tiempo se orientaron hacia posiciones constructivistas (Lazarus, 2000).

De acuerdo a Kirchner (2003), se han efectuado distintas clasificaciones sobre el afrontamiento, pero las que se han centrado en su funcionalidad han tenido mayor peso y mayor número de estudios. Los pioneros de este constructo, Lazarus & Folkman (1986), al igual que otros autores del mismo, dividen el afrontamiento en dos grandes grupos de acuerdo a su funcionalidad. Esta clasificación procede, en síntesis, de dos grandes posibilidades que tiene un individuo al enfrentar un estresor o situación complicada: intentar afrontar y minimizar o eliminar su efecto: *1) centrado en el problema*; o bien regular el estado emocional provocado: *2) centrado en las emociones* (Kirchner, 2003; Lazarus & Folkman, 1986).

El afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento cognitivo) se dirige a la resolución de problemas, implicando el manejo de demandas individuales o externas que suponen alguna amenaza y que pueden llegar a desequilibrar la relación entre el individuo y su entorno, tratando de reducir su impacto (Di-Collaredo et al., 2007), modificando los eventos de forma que reduzca o resuelva (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993) la amenaza.

Por otro lado, el afrontamiento centrado en las emociones (afrontamiento emocional), se encarga de la regulación emocional, donde se minimiza el malestar y se manipulan los estados emocionales evocados por el suceso que causa estrés buscando controlarlos para disminuir o erradicar sentimientos negativos (Velasco et al., 2011; Di-Collaredo et al., 2007).

También se reconoce un tercer tipo de dominio general de afrontamiento tratado por autores como Rodríguez-Marín et al. (1993), Carver et al. (1989), y reconocidos por Lazarus & Folkman (1986). Se trata del afrontamiento dirigido a la evitación (afrontamiento evitativo), donde se evita la situación generante de estrés y no se resuelve el problema. Rodríguez-Marín et al. (1993), indican que este tipo de afrontamiento es un medio seguro que puede influir en la adaptación del individuo. Los individuos con menor recurso social, emplean en gran medida la evitación (Páez et al., 2011).

Ramírez, Glickman, Weatherford y Ryser, (2000), consideran que desde la perspectiva conductual cuando la evitación es exitosa, los sujetos continúan empleándola en el futuro (Rodríguez, 2006). No obstante, aunque puede llegar a reducir temporalmente la ansiedad, el temor al evento se conserva y puede llegar a hacerse más fuerte a lo largo del tiempo. Es por esta razón, y desde los planteamientos de Rodríguez (2006), que se debe comenzar por potenciar las estrategias de afrontamiento en caso que sean inhibidas o se evite afrontar, es así que, enseñar estrategias puede resultar una alternativa de afrontamiento funcional, en este caso positivo, siendo el objetivo: “dar a las personas un sentido de control sobre las situaciones generadoras de temor” (Rodríguez, 2006, p. 264). Se considera que si el afrontamiento dirigido a la evitación, es empleado de forma generalizada, puede conllevar a trastornos psicopatológicos, afectando la vida del individuo de forma global.

Ahora bien, los tres dominios generales engloban una serie de estrategias que por sus características se pueden categorizar dentro de dos estilos: los que ayudan a solucionar problemas de forma adaptativa y efectiva; y otros de forma menos exitosa y menos adaptativa. Según Lazarus y Folkman (1986) la percepción de peligro sobre el bienestar se valora de modo diferente en las diversas etapas y genera diferentes modos de afrontamiento. Es decir, el

afrontamiento busca reducir el estrés producido cuando acontece una adversidad, por esto, existen estilos del afrontamiento que varían y se diferencian en los seres humanos (López et al., 2008), de modo que se hace necesario explicar los estilos y estrategias de afrontamiento para mayor entendimiento de la temática.

4.1.1 Estilos y estrategias de Afrontamiento.

A partir de la teoría del afrontamiento al estrés de Lazarus & Folkman (1984) y de los dominios generales, se han desprendido otros conceptos y formas de abordaje sobre el afrontamiento que despliegan una serie de categorías sobre el mismo. Por ejemplo, Hobfoll y sus colaboradores desarrollaron un modelo multiaxial sobre el afrontamiento el cual abarca tanto perspectivas individuales como comunitarias, incluyendo la dimensión prosocial-antisocial, y la dimensión pasiva-activa (Wells, Hobfoll & Lavin, 1997; Folkman y Moskowitz, 2004).

Así mismo, Krzemien et al. (2005), basados en autores como Carver et al., (1989); Lazarus & Folkman (1986); y Moos, (1988), apuntan a un consenso sobre la existencia de dos estilos generales para afrontar: a) estilos activos de afrontamiento denominadas en inglés como *active coping-style*; y b) los estilos pasivos de afrontamiento o *passive coping-style* (en inglés). Las primeras se relacionan con “los esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descriptas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación” (Krzemien et al., 2005, p.188). Son estilos que buscan responder a las demandas del medio racionalizar soluciones y reevaluar de manera positiva la situación, apuntando a un afrontamiento activo que aumenta la inmunidad (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

El afrontamiento activo se puede lograr por medio del manejo adecuado del afrontamiento emocional, pues desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1984) y de Krzemien et al. (2005) se puede lograr evitar la situación estresante haciendo una reevaluación cognitiva del suceso estresante donde sólo se seleccione los aspectos positivos de uno mismo y/o del entorno. Cabe anotar que confrontar la experiencia de ansiedad, la cual surge ante el estrés causado, ayuda a fomentar la salud mental, por lo tanto, una persona saludable siempre afronta activamente, asumiendo y manejando el estrés de modo constructivo (De Castro, 2005). De acuerdo a la OMS (2004), un gran número de investigadores han estado interesados en estos estilos, pues muestran mecanismos adaptativos de defensa para afrontar las problemáticas.

En cuanto a los estilos pasivos “consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas” (Krzemien et al., 2005, p.188), que, aunque son necesarias en ocasiones, su sobreutilización puede llegar perturbar la adaptación adecuada del individuo, y por lo tanto un afrontamiento inadecuado ante la realidad. En síntesis, se caracterizan por negar y evadir, terminando en la auto-culpación del individuo y en la confrontación no racional que incrementa la vulnerabilidad hacia el estrés (Krzemien et al., 2005).

Los estilos de afrontamiento, pueden ser más o menos estables y revelan una determinada disposición en la persona para encarar los eventos que generen estrés, dicha disposición probablemente afecta la evaluación sobre los eventos altamente amenazantes (que quebrantan la seguridad), y de los recursos del mismo individuo para sobrellevarlas (Krzemien et al., 2005) empleando estrategias de afrontamiento específicas. Cabe anotar, que en el contexto del desplazamiento y de la intervención psicosocial, los estilos activos ayudan a crear condiciones

de seguridad, pues estimulan el uso de estrategias orientadas a la adaptación posibilitando la regulación emocional luego del trauma (Di-Collaredo et al., 2007).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos o respuestas cognitivas y conductuales que orientan las demandas externas y/o internas (Lazarus & Folkman, 1986; Krzemien et al., 2005). Autores como Amarís, et al. (2013), indican que:

(...) las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (pp. 125).

Las estrategias de afrontamiento son relevantes en el trabajo y estudio del área de la salud mental, y se encuentra estrechamente relacionado “con el estrés, las emociones y la solución de problemas” (Londoño et al., 2006; p. 328). El estrés y las estrategias de afrontamiento presentan una estrecha relación que llevan a la unión de recursos psicosociales, trabajos cognitivos y conductuales, que se dirigen a la resolución de problemas, a disminuir o suprimir manifestaciones emocionales o cambiar la valoración inicial de lo que acontece (Lazarus & Folkman, 1984, 1986; Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Londoño et al., 2006). Ayudar a las personas a desarrollar estrategias de afrontamiento fomenta en ellas el manejo de los sucesos relacionados con la vida cotidiana (Rodríguez, 2006).

El empleo de una estrategia de afrontamiento dependerá entonces del hecho y/o contexto en sí mismo, así como de la valoración cognitiva, el dominio o control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica (Muller & Spitz, 2003; Vinaccia, Tobón, Sandín & Martínez,

2001b; Garrido, 2000; Londoño et al., 2006; p. 328), revelando procesos que median tanto en el ámbito individual como en el social (McCubbin, Cauble y Patterson, 1982).

Ahora bien, para evaluar las estrategias de afrontamiento, existen distintos instrumentos y métodos, en general provenientes de la teoría de Lazarus & Folkman:

Tres de las más nombradas son el cuestionario Modos de Afrontamiento (del inglés Ways of Coping instrument, WCI) de Lázarus y Folkman (1984), el COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989) y el indicador de estrategias de afrontamiento (del inglés The Coping Strategy Indicator, CSI) de Amirkhan (1994). (Londoño et al., 2006, pp.330)

Londoño et al. (2006), indican que Chorot y Sandín (1993) efectuaron una versión modificada y optimizada del WCI, llamada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR), y a partir de esta escala, realizaron una investigación para examinar su validez en la población colombiana, pues es un instrumento de evaluación ampliamente usado por psicólogos colombianos en el campo de la investigación y en el campo clínico (Vinaccia, Tobon, Martínez & Sandín, 2001a; Londoño et al., 2006).

Los resultados de la investigación mostraron que la Escala de Estrategias de Coping a la cual denominaron, Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M), se ajustó de modo consistente en una población adulta de Colombia presentando doce factores o subgrupos configurados por ítems considerados conceptual y estadísticamente estables. Lo evaluado por medio de esta escala se encuentra representado en una sola dimensión: estrategia de afrontamiento al estrés (Londoño et al., 2006). A continuación, se permite hacer una breve descripción de las 12 estrategias o factores identificados en el análisis factorial de su estudio:

1) *Solución de problemas*: comportamientos guiados a solucionar el problema, esperando el momento oportuno para estudiarlo y solucionarlo. De acuerdo a Londoño et al. (2006), en esta se hallan estrategias cognitivas racionales y analíticas. López (1998) indica que el estilo enfocado en la solución de problemas conlleva a una actitud más activa, alentadora y optimista, para responder las demandas de la vida. De este modo, el individuo usa sus “creencias positivas de esperanza en el futuro, autoeficacia y optimismo, que le facilitan la solución eficaz de la situación estresante” (Velasco et al., 2011, p.95).

2) *Apoyo social*: se refiere al apoyo emocional dado por amigos, familiares u otros, proporcionando afecto e información para enfrentar o soportar eventos adversos o las emociones originadas por el estrés. Este resulta beneficioso para prevenir el estrés haciendo que las experiencias amenazantes se disminuyan, o aporten recursos importantes para el afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1987; Londoño et al., 2006).

3) *Espera*: Es una estrategia cognitivo-comportamental pues actúa de acuerdo con la creencia de que la situación será resuelta por sí sola con el paso del tiempo apuntando a una espera pasiva que concibe una expectativa positiva de la solución del problema (Londoño et al., 2006).

4) *Religión*: Esta estrategia usa el rezo y la oración como acción para tolerar problemáticas o para crear soluciones a la misma. Creer en un Dios paternalista proporciona la evaluación de su intervención (por parte de la persona) generalmente en todas las situaciones amenazantes o estresantes, influyendo sobre la acción de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad (Lazarus & Folkman, 1987; Londoño et al., 2006).

5) *Evitación emocional*: Es la movilización de recursos dirigidos a inhibir las emociones del sujeto mismo. Su propósito es impedir las reacciones emocionales consideradas por el

individuo como negativas debido a una carga emocional, secuelas o por la creencia de un rechazo social (Fernández- Abascal y Palmero, 1999; Londoño et al., 2006).

6) *Búsqueda de apoyo profesional*: Trata sobre la búsqueda y uso de recursos profesionales para obtener mayor información sobre el problema y las opciones para resolverlo. Es considerado como un tipo de apoyo social que busca conocer y emplear los recursos sociales disponibles para mejorar el manejo percibido de la situación optimizando su control (Londoño et al., 2006).

7) *Reacción agresiva*: Es el comportamiento impulsivo de la emoción de la ira enfocado hacia sí mismo, los demás, objetos o situaciones, el cual puede reducir la carga emocional que experimenta el individuo en un momento determinado (Londoño et al., 2006).

8) *Evitación cognitiva*: busca neutralizar o reducir los pensamientos considerados negativos o estresantes, mediante la distracción y la actividad, evitando el pensamiento sobre el problema, originando otro tipo de pensamientos o efectuando otras actividades (Londoño et al., 2006). De acuerdo a Londoño et al. (2006), y Fernández-Abascal y Palmero (1999) se enmarcan dentro de tres estrategias manejadas frente al estrés, tales como: desconexión mental, distanciamiento y negación. La desconexión mental es el empleo de pensamientos distractores que ayuden a eludir el pensamiento hacia el problema. El distanciamiento es la anulación cognitiva de las secuelas emocionales que crea el problema; y la negación es la no aceptación del problema, evitándolo o distorsionándolo. En la investigación de Londoño et al. (2006), las dos primeras hacen referencia al factor de *evitación cognitiva*.

9) *Reevaluación positiva*: estrategia optimista dirigido tanto a la emoción como al problema, buscando aprender de las dificultades identificando las propiedades positivas del problema, contribuyendo a soportar la situación estresante y a producir pensamientos que

ayudan a enfrentar los agentes generadores de estrés cambiando el modo de experimentar la situación sin deformar la realidad o modificarla objetivamente (Lazarus & Folkman, 1987; Londoño et al. 2006). De acuerdo a Londoño et al. (2006) algunos autores la consideran un autoestímulo que se dirige al desarrollo personal. Es una estrategia activa dirigida a construir un nuevo significado de la situación (Fernández-Abascal, 1997; Londoño et al. 2006).

10) Expresión de la dificultad de afrontamiento: Es la tendencia a expresar la dificultad para manifestar o confrontar las emociones que generan el problema. Esta se origina de la desesperanza ante el control de las emociones y del problema, involucrando un proceso de autoevaluación y monitoreo donde la autoeficacia no es propicia para reducir la experiencia de estrés. Puede considerarse como una estrategia previa a otras, como la búsqueda de apoyo social y profesional, donde se examinan las dificultades y soluciones por medio de recursos externos (Londoño et al., 2006).

11) Negación: Esta estrategia no acepta el problema y lo evita mediante la distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su evaluación (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Londoño et al., 2006). Aquí el sujeto trata de actuar como si el problema no estuviera aconteciendo, intentando no enfocarse en él, apartándose por un tiempo de las situaciones relacionadas como un modo de tolerar el estado emocional que éste le origina (Londoño et al., 2006).

12) Autonomía: tendencia a buscar de modo independiente las soluciones sin tener en cuenta el apoyo social, es decir, amigos, familiares o profesionales. Esta estrategia emerge como una estrategia nueva a través del análisis factorial (Londoño et al., 2006). La autonomía permite al individuo actuar y dirigir su conducta y esfuerzos a solucionar el problema como agente activo.

Entonces, con base en las estrategias de afrontamiento reagrupadas por Londoño et al. (2006), y las características sobre los dos estilos generales de afrontamiento, se permite englobar las siguientes estrategias como activas: a) Solución de problemas; b) Apoyo social; c) Búsqueda de apoyo profesional; d) reevaluación positiva; e) Expresión de la dificultad de afrontamiento; f) Autonomía.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que la escala EEC-M es un instrumento útil para hacer las mediciones sobre las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes de esta investigación. Con esta se pueden verificar los estilos activos o pasivos, teniendo en cuenta las características de cada una de las estrategias que se hallan en la misma.

Si se analizan las diversas estrategias de afrontamiento, se pueden entender las que son activas y las que no, sin que tengan que presentarse como pasivas o activas (Krzemien et al., 2005). Sin embargo, autores como Carver et al. (1989), hacen evidente la distinción entre estos estilos al indicar que las estrategias en los tres dominios generales pueden actuar de manera activa o pasiva/evitativa. Como ejemplo, señala que en la estrategia conductual activa se observa un comportamiento activo como la búsqueda de apoyo profesional, mientras que en el pasivo se encuentran comportamientos dirigidos hacia la evitación, conductas agresivas, entre otros.

En la tabla 3, aparece un resumen de las relaciones encontradas sobre las posturas del afrontamiento referidas anteriormente, donde, además, las estrategias están clasificadas en estrategias activas o pasivas/evitativas, con base en diversos teóricos del tema. Como se observa en esta tabla, la principal relación existente entre las teorías tiene que ver explícita o implícitamente con los estilos de afrontamiento.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tabla 3

Relaciones halladas entre las diferentes perspectivas del afrontamiento.

Tipos	Dominios generales	Estrategias	Estilos	
			Activos	Pasivos/Evitativos
	Carver et al. (1989); Moos (1988); Lazarus & Folkman (1986); Moos & Billing (1982); Páez (1993) Krzemien et al. (2005)	Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006).	Carver et al. (1989), Moos, (1988), Lazarus & Folkman (1986), Krzemien et al. (2005), Buceta et al. (2001).	
Centrado en el problema Lazarus & Folkman (1984).	Afrontamiento cognitivo	1) Solución de problemas 2) Espera 3) Religión 4) Búsqueda de apoyo profesional 5) Evitación cognitiva 6) Negación 7) Reevaluación positiva 8) Autonomía	X X X X	 X X
Centrado en las emociones Lazarus & Folkman (1984)	Afrontamiento emocional	9) Apoyo social 10) Evitación emocional 11) Reacción agresiva 12) Expresión de la dificultad de afrontamiento	X X	 X X
Evitación Rodríguez-Marín et al. (1993) Carver et al. (1989)	Afrontamiento conductual	Espera Evitación emocional Religión Búsqueda de apoyo profesional Reacción agresiva Expresión de la dificultad de afrontamiento	 X X	X X X X

Nota: Elaborado a partir de Velasco et al. (2011).

Por último, como ya han anotado Krzemien et al. (2005) y Lazarus y Folkman (1986) las estrategias no son malas o buenas naturalmente, pues dependen de la valoración del contexto en que se empleen. Por ejemplo, el hecho de utilizar la reacción agresiva o la espera como estrategias dependen de las circunstancias y de cómo le pueden llegar a ser útil al individuo. La predisposición a generalizar o sobre-utilizarlas es lo que las convierte en estilos o modos característicos y relativamente estables para afrontar ante situaciones estresantes (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 1997; Londoño et al., 2006).

4.2 Recursos sociales.

De acuerdo a la OMS (2004), la salud mental no sólo es afectada por las experiencias individuales, sino, además, por los recursos sociales, así como la interacción social misma. Aquí el apoyo social es un recurso importante, ya que presenta efectos significativos sobre el bienestar y el ajuste psicosocial, y ha mostrado efectividad en la solución de diversas problemáticas que tradicionalmente ha tratado la intervención psicosocial al servir como instrumento que promueve y mejora el bienestar de los individuos (Gracia, 2007). Las relaciones sociales son importantes para el bienestar, al igual que las redes informales de apoyo social como la familia, los vecinos, etc., estimulando el desarrollo de recursos y las estrategias de afrontamiento efectivas (Gracia, 2007).

En la investigación de Domínguez y Godín (2007), encontraron que la presencia de los agentes sociales son claves en el proceso de afrontamiento. Revelaron que las familias desplazadas recurren mayormente al apoyo de “familiares, vecinos, instituciones y organizaciones (...) el apoyo que reciben de parte de estas redes sociales es un aspecto fundamental en el manejo de sus dificultades” (Domínguez y Godín, p.176). De acuerdo a Páez et al. (2011), los individuos con mayor apoyo social emplean, generalmente, el afrontamiento orientado a la resolución de problemas, mientras que los individuos con menor recurso social, emplean más la evitación. Es decir, las situaciones que crean estrés se afrontan mejor si el sujeto se encuentra dentro de un grupo o red social (Gil-Monte & Peiró, 1998; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Gil-Lacruz, 2007).

La intervención grupal/colectiva también es una forma de apoyo social. Las intervenciones grupales presentan diversas bondades, entre ellas, “la recuperación más rápida y efectiva y facilita el aprovechamiento del recurso profesional para una mayor cobertura, lo que es de

gran importancia dado las poblaciones tan grandes que se deben intervenir en nuestro país” (Arias y Ruiz, 2000, p. 61-62).

La experiencia de la intervención colectiva ha demostrado gran importancia, facilitando el empoderamiento personal y colectivo, beneficiando la solución de problemas emocionales, donde las personas logran identificarse con el dolor de otros, de manera que reduce su propio dolor pues las soluciones planteadas a problemas semejantes incitan a idear las propias soluciones (Arias y Ruiz, 2000). Esta favorece la visión del grupo como sujeto de la acción y permite entender que la acción individual y la acción grupal son dependientes, señalando un vínculo individuo-grupo. Este vínculo, posibilita el intercambio que, bajo la coordinación grupal de un profesional, permite aumentar la eficiencia del trabajo grupal (Fuentes, 1997).

Los anterior demuestra que los recursos sociales contribuyen a la reconstrucción de la realidad, al afrontamiento y a la salud mental. Además, para Lewin (1946) el grupo funciona como un instrumento para su misma transformación mediante la intervención, influyendo en la recuperación individual y colectiva, funcionando como elemento clave para la intervención psicosocial, y como uno de los principales recursos del afrontamiento (Gracia, 2007). En palabras de Gracia (2007): “El apoyo social es, pues, un aliado fundamental para lograr el éxito en la intervención psicosocial” (p. 306).

En el caso de Colombia ha sido necesario plantear lineamientos que abarquen estrategias para la atención en salud mental, y particularmente en las víctimas del desplazamiento forzado (Castaño et al, 2018b) quienes cuentan con diversos recursos para su proceso de recuperación o restauración personal hallándose normas y leyes dentro de las políticas del gobierno para su asistencia (Álvarez, 2008; Tovar, 2009) como la Ley 1448 de 2011 correspondiente a la ley de Víctimas y Restitución de Tierras. El *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a*

Víctimas (PAPSIVI), surge de esta ley acobijando a las víctimas de violencia socio-política en donde se tratan los problemas de salud mental (Minsalud, 2012), trabajando aspectos asociados a la disminución de la dimensión estigma-discriminación y al empoderamiento de la salud mental (Campo-Arias y Herazo, 2014). No obstante, autores como Tamayo-Agudelo & Bell (2018), señalan inquietudes sobre su implementación y capacidad futura para acobijar a millones de personas.

Ahora bien, a pesar de que el Estado ha hecho un esfuerzo por manejar las consecuencias del desplazamiento, así como con la creación de diversas leyes, la violencia sociopolítica tiene un gran peso, convirtiéndose en un problema para garantizar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos. Hasta el momento la situación podría amortiguarse instaurando, de manera masiva y constante, mecanismos de atención a las víctimas. Por esto, la necesidad de crear programas de intervención psicosocial que puedan atender sus necesidades.

4.2.1 La identidad social como recurso psicosocial.

Ovejero (1995), indica que la identidad es uno de los conceptos más importantes dentro las ciencias sociales, predominando sobre el entendimiento de las culturas. Se refiere a procesos internos de los individuos como las percepciones, actitudes, valoraciones, experiencias y reflexiones personales, sentimientos, conciencia y conocimiento de sí mismo, y regulación de sus comportamientos e intenciones (Palacio, Jiménez, Díaz y Correa, 2008); posibilita reflexionar sobre sí mismo (*quién soy*) en función de las relaciones y realidades sociales o políticas implicadas de forma directa o indirecta (Palacio, Correa, Díaz y Jiménez 2003).

Con respecto a la pregunta *¿Quién soy yo?* (identidad subjetiva) se responde en términos de pertenencia social, es decir, en función de las características del grupo social al cual el

individuo pertenece (Hogg & Abrams, 1988), como el género, el espacio/ territorio, estatus socioeconómico, la religión, la etnia, entre otros planos sociales, sirviendo como medio de categorización/clasificación de los otros como parte o no de un grupo, y de sí mismo en relación con ellos (Palacio et al., 2003). La unión de estos planos produce manifestaciones distintivas que permitan a las poblaciones o sociedades reconocerse o identificarse como particulares implicando un proceso cognitivo de categorización y de pertenencia social (roles de los individuos o grupos) siendo la identidad social la estructura psicológica, en el sentido que ella crea los procesos y las acciones categoriales, delimitando y diferenciando manifestaciones o comportamientos (Palacio et al., 2003).

De acuerdo a Amarís et al. (2016), en el contexto de la intervención psicosocial se hace relevante el reconocimiento de la identidad social, ya que este permite la creación de vínculos de confianza, apoyo y reconocimiento de recursos comunitarios, donde se reflejan valores y elementos culturales como base para el establecimiento de las relaciones sociales. Desde esta perspectiva, la identidad social es un recurso psicológico que debería tenerse en cuenta para el estudio de colectivos, pues identificar *quién soy o cuál es mi historia*, es fundamental para fortalecer y persistir por una vida digna, orientado al reconocimiento de oportunidades presentes o construirlas con el propósito de sentirse productivos y unidos a una nueva comunidad (Amarís et al., 2009; Amarís et al., 2016).

Dentro del contexto del desplazamiento forzado se reconoce que existe heterogeneidad en los distintos grupos humanos que residen en zonas de conflicto armado, diferenciándose entre sí por su estructura social, cultura e historia, pero la condición de víctimas los identifica al vivir experiencias semejantes, traspasando el espacio y el tiempo, mediados por la

construcción interna sobre el sí mismo y a pesar de la continua movilidad impulsada por la violencia (Palacio et al., 2003).

Palacio et al. (2003), Jiménez, Abello y Palacio (2003), y Palacio et al. (2008) han estudiado el tema de la identidad social en relación con el desplazamiento forzado enmarcándose en tres dimensiones: tiempo, movimiento y el espacio social, mostrando a “la identidad social como un proceso activo y complejo históricamente situado y resultante de conflictos y luchas” (Jiménez et al., 2003, p. 332).

La primera dimensión se relaciona con la identidad, la memoria sobre el pasado, el presente y el futuro, y la representación que el individuo realiza mentalmente sobre estas relaciones/procesos (Palacio et al., 2003; Jiménez et al., 2003 y Palacio et al., 2008). Es la evocación de la historia o sentido histórico y permite la consciencia del presente y la expresión del futuro ayudando a afianzar la identidad (Palacio et al., 2003; Jiménez et al., 2003).

El movimiento se refiere a la relación del sujeto con el mundo, su modo de responder a su nueva realidad en condición de desplazado donde la incertidumbre, la inmediatez y la transitoriedad predominan en su cotidianidad (Palacio et al., 2003; Palacio et al., 2008; Jiménez et al., 2003). Y, por último, el espacio social se relaciona a la apropiación de la acción social, reflejando “la capacidad reflexiva de producir conciencia de la acción (es decir, representación simbólica de la misma) más allá de sus contenidos específicos” (Jiménez et al., 2003, p. 331-332).

En otras palabras, la identidad social es un recurso psicosocial que influye en el afrontamiento, pues en sus tres dimensiones se hallan elementos del sujeto y del entorno que afectan la regulación de las acciones e intenciones/valoraciones que reafirman la identidad y su relacionamiento con el mundo. Por ejemplo, la memoria sobre el pasado, el presente y el

futuro (tiempo) posibilita a los individuos la reevaluación sobre su vida (capacidades, habilidades, logros, vivencias, etc.), que facilitan la construcción de su identidad, lo que lleva a que sus pensamientos, metas y relaciones (movimiento) se basen en la integración de esta memoria, así como su reacción ante las situaciones positivas o negativas y las consecuencias de las mismas sobre su propia vida y en sus relaciones sociales (espacio social). Si se tiene en cuenta que el afrontamiento trata sobre las respuestas cognitivas y conductuales para manejar las demandas externas y/o internas, la identidad social podría considerarse el punto inicial donde parten estas respuestas. Además, se entiende de acuerdo a Amarís et al. (2016), que el apoyo social es un aspecto que se encuentra integrado a la identidad social, siendo un elemento importante para el afrontamiento efectivo (Páez et al., 2011; Gil-Monte & Peiró, 1998; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Gil-Lacruz, 2007).

Así mismo, se consideró importante reconocer a la identidad social como recurso psicosocial que contribuye al establecimiento de la confianza, cohesión grupal mediante la identificación de los individuos como parte de un grupo que presenta características similares con capacidades para transformar su vida y fortalecer su salud mental.

4.3 El afrontamiento como proceso de resiliencia.

Si bien el interés de este estudio se concentra en el afrontamiento activo como mediador de la salud mental, no se desconoce que la resiliencia está ligada a este tema, y por lo tanto se abarcará brevemente para aclarar su concepto, pues existe una línea muy delgada que separa el afrontamiento y la resiliencia, que en ocasiones no es vista, llegando a interpretarlas como la misma variable. Para Uriarte (2005) la resiliencia se muestra como una perspectiva diferente sobre aquellas relacionadas a los determinismos biológicos y medioambientales, señalando la

complejidad de la interacción humana la cual depende del papel activo de los individuos para su desarrollo. Este autor indica que el término deriva “del latín, de resilio (re salio), que significa volver a saltar, rebotar, reanimarse” (p. 66), siendo adoptado década del 60 en las ciencias sociales para indicar la capacidad de los individuos para desarrollarse mentalmente sanos y exitosos pese a vivir en condiciones de vulnerabilidad y alto riesgo, problemáticas y contextos de estrés prolongado, etc., (Uriarte, 2005).

Luego, en los setentas se generaron investigaciones relacionadas a esta noción con el propósito de conocer factores protectores de la adaptación positiva en niñas y niños que vivían en condiciones de alto riesgo, y su capacidad para afrontar dichas condiciones (Kaplan, 1999; García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013). A partir de estas se evidencia que la resiliencia está vinculada a la existencia de factores protectores, siendo considerado como recursos de niños y niñas, su contexto o la interacción entre ambos, que reducen el impacto de agentes estresores, con la capacidad de transformar o revertir las condiciones negativas (Lazarus & Folkman, 1986; Garmezy & Masten, 1994; García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013).

Más adelante su estudio fue ampliándose hasta ser abarcado desde diferentes nociones (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013). Autores reconocidos en este tema como Boris Cyrulnik, señalan que las personas resilientes son resistentes (más que vulnerables) y tienen la habilidad o capacidad de salir adelante desplegando diversas habilidades, entre ellas comunicativas, de apoyo, solucionar problemas, ser autónomo, visualizar su futuro, entre otras (Domínguez y Godín, 2007).

Ahora bien, el afrontamiento es considerado por múltiples autores como parte del proceso de resiliencia, y de adaptación de los individuos. Suárez y Melillo (2005), por ejemplo, manifiestan que la resiliencia implica la combinación de diversos factores que permiten el

afrontamiento de situaciones adversas. La OMS (2004), también concuerda con la anterior definición, manifestando que no hay resiliencia sin un afrontamiento efectivo, pues esta implica la capacidad de “afrontar las adversidades y (...) evadir el colapso nervioso cuando se producen factores de estrés” (pp.22).

La diferencia entre estos términos radica en que los sujetos resilientes son capaces de superar la adversidad más allá del punto crítico en el que se encontraban, mientras que el afrontamiento es visto como la adaptación positiva de una situación particular, que no prevé efectos a largo plazo (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013), por lo que el afrontamiento mismo no es sinónimo de resiliencia. Entonces, el afrontamiento efectivo (activo) hace parte del proceso de resiliencia, y la resiliencia es tanto un proceso como un producto de la práctica de este afrontamiento, revelando una interdependencia entre ambas (Botero y Páez, 2013).

Cabe agregar que Domínguez y Godín (2007) manifiestan que los factores protectores de la resiliencia, como los recursos psicosociales y su empleo de adecuado (el afrontamiento), deberían ser estudiados y usados en intervenciones más que los factores de riesgo o vulnerabilidad, pues se cae de nuevo en victimizar a los individuos y no reconocer sus capacidades restaurativas, enfrascándolos como sujetos pasivos y no en sujetos activos transformadores.

4.4 La espontaneidad como recurso del afrontamiento activo: aportes desde la teoría de

Erich Fromm.

Para Fromm (1973), importante psicólogo social, la libertad es un recurso de los individuos para obrar (afrontar) ante el mundo. Esta nace del proceso de individuación, que se da cuando

las personas se han desligado de sus vínculos primarios que proveen de seguridad, orientación y el sentimiento de pertenencia, teniendo que desenvolverse en su contexto social, donde pueden experimentar un estado de soledad e impotencia del que necesita salir.

La individuación, se origina de la conciencia de ser social y sin esta sería imposible vivir el sentimiento de libertad. Pero, la libertad que se le presenta al individuo es ambigua, pues aparecen dos opciones en este proceso: la libertad positiva (actividad espontánea que se compone del amor, y el trabajo manual) o la libertad negativa (autoritarismo, destructividad y conformidad automática; Fromm, 1973).

En este trabajo interesa la libertad positiva, la cual conecta a los seres humanos al mundo, el amor, el trabajo, emociones y sentimientos sin desligarse su identidad, presentándose como la única vía adecuada para escapar de los sentimientos que perturban a todos los seres humanos. La libertad negativa corresponde a mecanismos de evasión sobre la responsabilidad de enfrentar la realidad de una forma sana, llevándolo a retroceder y despojarse de la libertad, pretendiendo eliminar la distancia entre la individualidad y el mundo, evitando desencadenar el pánico, el dolor y sentimiento de soledad, pero no ayudan a dar solución al problema, y si llega a prolongarse, perturbará la existencia del individuo. Las personas que adoptan este tipo de libertad generalmente realizan actividades de carácter automático o compulsivo, como se observa en individuos con trastornos mentales y emocionales graves (Fromm, 1973). Entonces, “el camino de salvación que se ofrece a la humanidad es el tránsito de la libertad negativa a la positiva” (Fromm, 1973, p.21).

La libertad positiva consiste en “la actividad espontánea de la personalidad total integrada” (Fromm, 1973, p. 295), y en “la realización plena de las potencialidades del individuo, así como con su capacidad para vivir activa y espontáneamente” (Fromm, 1973, p. 308). Es la

actividad espontánea y creadora que emana de una persona, donde el producto de su creación le permite una relación constructiva con el mundo, siendo un acto voluntario que no se relacionan a hacer algo sino al “carácter creador que puede hallarse tanto en las experiencias emocionales, intelectuales y sensibles, como en el ejercicio de la propia voluntad” (Fromm, 1973, p. 296). Esta engloba acciones, pensamientos, emociones y/o sentimientos que son producidos y experimentados por los individuos ayudando a apaciguar o controlar sus miedos, y que en el producto de su creación le permite relacionarse con el mundo de forma genuina y espontánea. De acuerdo a Fromm (1973):

No hay fuerza genuina en la posesión como tal, ni en la de propiedades materiales ni en aquella de cualidades espirituales, como las emociones o los pensamientos (...) Solamente aquellas cualidades que surgen de nuestra actividad espontánea dan fuerza (...) no existe ninguna cosa que nos proporcione más orgullo y felicidad que pensar, sentir y decir lo que es realmente nuestro. Todo ello significa que lo importante aquí es la actividad como tal, el proceso y no sus resultados. (Fromm, 1973, pp. 298-299)

La espontaneidad presenta dos tendencias: el amor y el trabajo manual. Sin embargo, la clave es el amor, pues permite la relación adecuada con el entorno. El amor puede reflejarse como actividad espontánea en una pintura, en la composición de un poema, de una canción o en otras formas de expresión artística, pero también se puede apreciar al integrarse a un grupo social, practicar un deporte en particular, al participar activamente en obras sociales, así como en infinidad de actividades en las que se refleja la relación de la individualidad con el mundo, reafirmando la identidad (Fromm, 1973). En palabras de Fromm “El carácter dinámico del amor reside en esta misma polaridad: surge de la necesidad de superar la separación,

conduce a la unidad... y, a pesar de ello, no tiene por consecuencia la eliminación de la individualidad” (Fromm, 1973, pp.298).

En cuanto al trabajo manual, se refiere a la ejecución de la actividad como creación que permite apaciguar la ansiedad, dar placer o gratificación, y así mismo, reafirmar la identidad, generando como resultado satisfacción, orgullo e identificación con lo realizado y al mismo tiempo relación con los otros. Entonces, no es la actividad motivada por un pago, o la actividad compulsiva que ayuda a evitar el sentimiento de soledad, sino la actividad generadora de satisfacción y felicidad (Fromm, 1973).

Tender impulsivamente a hacer algo, a lo que Fromm (1973) denomina la *actividad frenética compulsiva*, ayudan a superar los sentimientos de incertidumbre que se generan dentro de la relación entre el individuo y el mundo, siempre y cuando esa actividad sea enfocada a la libertad positiva (espontaneidad), conduciendo al fomento de su salud mental. En palabras del autor, el trabajo manual: “Afirma la individualidad (...) y al mismo tiempo une al individuo con los demás y con la naturaleza”. (Fromm, 1973, pp. 298-299)

Ahora bien, la sensación de libertad es un síntoma de bienestar (Blanco y Díaz, 2004), por lo que estos planteamientos tomados desde Fromm son coherentes con lo que se pretende exponer en esta tesis: la espontaneidad como recurso potencial para el afrontamiento activo, y, por ende, para la promoción de la salud mental. Desde una mirada Frommiana, se entiende que la sociedad es la que debe fomentar la libertad, promoviendo el desarrollo pleno del individuo en su expansión individual, siendo la responsable de la salud mental de sus miembros, buscando promover seres crítico, activos y responsable; es la sociedad misma la que debe ofrecer la posibilidad óptima de la felicidad individual (Fromm, 1973).

Como se ha expuesto anteriormente, las teorías del afrontamiento tienden a resaltar directa o indirectamente estilos de afrontamiento activos y pasivos, que se permiten relacionar a la libertad positiva y negativa. En resumen, ambas explican que el hombre puede reaccionar empleando estrategias de afrontamiento que pueden derivar en dos vías: fomentando la búsqueda de soluciones que promueva la salud mental o evadiendo el sentimiento de responsabilidad sobre la toma de decisión ante la adversidad.

Lazarus & Folkman, resaltan el aspecto interaccionista entre el sujeto y su realidad desde un enfoque cognitivo-fenomenológico, el cual es la génesis social del afrontamiento (Amarís et al., 2013), y Fromm, desde una perspectiva histórico-dialéctica. En otras palabras, tanto Lazarus & Folkman, como Fromm, apuntan hacia una relación individuo-entorno como componente fundamental para responder ante el medio, donde los primeros autores resaltan el aspecto cognitivo, y el segundo, el componente afectivo (emocional), que envuelve esta relación, considerado importante para la salud mental. Por lo tanto, para ambos la relación hombre-mundo es el principal ingrediente que permite guiar el afrontamiento. Se aclara, que al citarlos se intenta explicar el afrontamiento desde perspectivas complementarias que den cuenta de los diferentes aspectos implicados en la salud mental, atendiendo las formas adaptativas y menos adaptativas del afrontamiento.

Entonces, se ha considerado a la actividad espontánea como un recurso afectivo/emocional que como expresión de la identidad puede potenciar el afrontamiento activo desde las valoraciones y conductas que posibiliten la adaptación exitosa al medio. Además, dado que autores como de Krzemien et al. (2005), vinculan al afrontamiento activo con el afrontamiento emocional donde sólo se seleccionen los aspectos positivos de uno mismo y/o del entorno que mejoran la elección en las estrategias activas y adaptativas, se considera que la actividad

espontánea es un dispositivo emocional que se ajusta adecuadamente al propósito del afrontamiento activo.

De esta forma, se intenta mostrar las distintas necesidades de los sujetos de la investigación y la comprensión sobre sus experiencias tomando a los planteamientos de Lazarus & Folkman como base para conocer las estrategias que emplean en general los seres humanos y los de Fromm como medio para potenciar el afrontamiento activo desde la actividad espontánea. Entonces, sin pretender generar una nueva teoría sobre ambos planteamientos, se considera que estas pueden ofrecer un panorama lo suficientemente amplio sobre el afrontamiento, pretendiendo abarcarlo fenomenológicamente en la población desplazada por el conflicto armado.

5. La necesidad de intervenir desde lo psicosocial

5.1. La intervención psicosocial.

De acuerdo a Jiménez (2008), *intervención* es un término que se encuentra “en las ciencias humanas y en la acción social” (p.85). Esta deriva del latín *intervenire*, el cual contiene dos significados: el primero se relaciona con la interrupción sobre algo, y el segundo significa estar presente u ocurrir (Schutz, 2008). En ambos casos, implica entrar en una situación o proceso que proviene de afuera, donde el sujeto ingresa a una realidad ajena a él y la transforma, por lo tanto, el sujeto se convierte en un agente activo con un rol transformador que conduce a una acción social. Entonces, la acción social en este contexto el resultado de la unión de las acciones sociales que llevan a la cooperación con las víctimas a la recuperación de su dignidad y proyecto vital (Schutz, 2008).

Ahora bien, Lewin (1946) destacado autor de la psicología social y promotor de la intervención psicosocial, argumenta que el término psicosocial abarca la relación sobre lo que denomina *lo psicológico y lo grupal*. De acuerdo a Blanco (1995), Lewin “define lo psicosocial desde la interdependencia y la transaccionalidad “(p.276), es decir, un relación individual-grupal. Lo psicosocial, además de un término, es una orientación dentro de la Psicología Social que nace como híbrido de la sociología y la psicología, siendo una forma de superar la tensión entre ambas disciplinas (Alvis, 2009).

Es desde la teoría de campo, basada en el método constructivo (Fernández y Puentes, 2009), donde Lewin integró la teoría y la práctica. El método constructivo se dirige más hacia la relación que hacia la pertenencia a una categoría, “más sobre la interdependencia que sobre la clasificación” (Blanco, 1995, p. 251). A partir esta teoría, en la que resalta el estudio de las relaciones, se construye la propuesta de la Investigación-Acción (I-A), la cual se ha utilizado

durante décadas para propósitos de la transformación social y comunitaria, entrelazando la teoría y la práctica que conlleva a la acción social, buscando el bienestar comunitario/social (Restrepo, 2005).

La I-A es definida por Lewin (1946), como “una investigación comparativa sobre las condiciones y los efectos de varias formas de acción social, y la investigación que lleva a la acción social” (p.35). Blanco (1995), resalta la tradición lewiniana, manifestando los aportes de Lewin a la psicología social y resaltando el constructivismo como la base de sus planteamientos, en donde, también fue una figura influyente dentro este paradigma (Ramos, s.f.). Por su parte, otros autores como Elliot (1993), reconocido en el ámbito de la I-A, la define como:

(...) el estudio de una situación social para tratar de mejorar la calidad de la acción en la misma. Su objetivo consiste en proporcionar elementos que sirvan para facilitar el juicio práctico en situaciones concretas y la validez de las teorías e hipótesis que genera no depende tanto de pruebas “científicas” de verdad, sino de su utilidad para ayudar a las personas a actuar de modo más inteligente y acertado. (pp. 88).

La gestión social, que se genera dentro de la I-A, es concebida como un espiral de pasos, donde cada uno engloba un círculo/ periodo de planificación, acción y determinación de los eventos sobre el efecto de la acción (Lewin, 1946). Los periodos y pasos establecidos por Lewin para la I-A son los siguientes: *Primer periodo*: planificación, que inicia con una idea general. Si este periodo resulta exitoso, entonces surgirán dos elementos: 1) el plan general: sobre el objetivo; y 2) la decisión de cómo lograrlo, es decir, dar el primer paso hacia la acción. *Segundo periodo*: ejecución del primer paso del plan general. Luego, se debe realizar

la evaluación de la acción, que ofrece cuatro funciones: primero, permite apreciar si lo que se ha logrado está por encima o por debajo de las expectativas; segundo, brinda la oportunidad de aprender, o sea, reunir una nueva perspectiva general o de acción. *Tercero periodo*: sirve como base para planificar adecuadamente el próximo paso. *Cuarto periodo*: contribuye como base para modificar el plan general (Lewin, 1946).

El siguiente paso para la acción social, se constituye de nuevo en un círculo “de planificación, ejecución y reconocimiento o búsqueda de hechos con el fin de evaluar los resultados del segundo paso, para preparar la base racional para planificar el tercer paso y, tal vez, modificar nuevamente el plan general” (Lewin, 1946, pp.38). Lewin es la base para aproximarse a las distintas corrientes y modelos que hoy en día forman la teoría y práctica de la intervención psicosocial (Ramos, 2009).

Con respecto al enfoque psicosocial, es entendida como la “acción centrada en la promoción de prácticas relacionales basadas en el reconocimiento y la valoración del ser humano en ejercicio de construcción” (Villa, 2012, p. 353), el cual puede trabajarse en múltiples contextos, abarcando principios como: la dignidad humana, el apoyo mutuo, vida con calidad, desarrollo humano integral en salud mental, entre otros principios, que permitan el reconocimiento de las particularidades, tanto de la población vulnerable como de las víctimas (Villa, 2012), integrando lo emocional y lo social, tanto en la evaluación del impacto de la violencia socio-política (a nivel individual y colectivo), como en el proceso de recuperación; destacando la importancia de las redes de apoyo social y el reconocimiento de los recursos individuales (Arias, 2013).

El enfoque psicosocial implica el acompañamiento psicosocial de los individuos para la generación del cambio o transformación individual y social. Según Arias (2013), “Hay quienes

afirman que el acompañamiento psicosocial supera el abordaje de la atención en salud mental tradicional, mientras otros entienden lo psicosocial como una forma de abordaje de la salud mental (p. 279-280).

Por otro lado, se ha considerado interesante vincular en este apartado la reflexión dada por Villa (2012), quien señala que el termino psicosocial en Colombia ha sido empleado indiscriminadamente, desconociendo su importancia y el valor de su enfoque. Por ello, el autor ha presentando una propuesta de reflexión sobre lo psicosocial involucrando, la praxis, lo epistémico y la concepción de lo humano desde el pensamiento crítico, brindando un marco a la acción psicosocial para comprender su dinámica.

El autor ha realizado esta propuesta al considerar que no toda acción denominada psicosocial “puede ser identificada como tal; puesto que no tienen claridad en realizar un ejercicio donde se aborda ese lugar bisagra entre lo estructural social y lo individual (...) Porque no aborda al sujeto en contexto ni al contexto con sus sujetos” (p. 352), de modo que despliegan acciones individuales en entornos comunitarios, o acciones grupales con ontología y epistemología individualista indicando que no se da la interacción con la población que permite la construcción psicosocial del conocimiento, concibiendo a las personas de forma pasiva (beneficiarios o usuarios de un servicio), desde un marco asistencialista, que no implican un enfoque psicosocial (Villa, 2012). A partir de su reflexión plantea cuatro niveles implicados en el acompañamiento psicosocial:

- 1) *Ontológico*: contempla la concepción del ser humano como un sujeto en relación con otros, influido por condiciones biológicas, psicológicas, históricos, sociales, culturales, económicas, políticas en un proceso sistémico de interacción social comunicativa y

simbólica donde se crea la subjetividad personal y se construye y/o reconstruye la grupalidad.

- 2) *Epistemológico*: entiende la relación profunda (dependiente) entre el sujeto y la realidad e involucra una mirada/posición neutral y objetiva ante la realidad bajo estudio por parte de quien interviene, sea que haga parte de esa realidad, o deba introducirse en ella.
- 3) *Metodológico*: incluye métodos cualitativos como medio de aproximación a la realidad bajo estudio, permitiendo la interpretación de la misma. En la intervención, se concibe las estrategias de acompañamiento y acción (familiares, grupales/comunitarias) para la elaboración y transformación de la subjetividad de los participantes. Esto implica privilegiar las intervenciones grupales, sobre las individuales. No obstante, las intervenciones individuales no son descartadas en este enfoque.
- 4) *Ético-político*: destaca la preocupación por las personas vulnerables, las víctimas, los excluidos, etc., pues, desde esta psicología se trata de responder a las necesidades, problemáticas y procesos en el país y en el continente latinoamericano, “desde una perspectiva teórica, académica, con rigor científico; pero al mismo tiempo comprometida con las realidades de nuestros contextos” (Villa, 2012, p. 354).

Entonces, la intervención psicosocial es un modelo de acción social y recurso externo que en esta investigación busca reconstruir, junto con las víctimas de desplazamiento forzado, el bienestar perdido. Además, la calidad de vida de las víctimas podría verse favorecida si se logra cambiar las conductas de riesgo por conductas de prevención (Gil-Lacruz, 2007), siendo la intervención social clave para llevar a la transformación social. La intervención sería

entonces como lo indica la OMS (1986) en la carta de Ottawa: una vía para la promoción de la salud mental necesaria para que los individuos alcancen un bienestar completo.

5.2 Fundamentos teóricos y metodológicos de la intervención psicosocial.

En este apartado se describirá, en primer lugar, los modelos de intervención psicosocial más conocidos, con el fin de dar una comprensión global sobre las diferentes formas de manejar un programa de intervención psicosocial. Luego, se expondrá en la *sección 5.2.1* el modelo de intervención escogido, cuyo modelo permitió el reconocimiento de las características de los individuos y sus condiciones sociales para el éxito de la intervención (Amarís et al, 2016; Madariaga, Valle y Quintero, 2018).

Ahora bien, para intervenir se hace necesario trabajar sobre un modelo de intervención ya que “los modelos funcionan como aparatos heurísticos de la ciencia” (Escolar y Travi, 2010, p.78). En otras palabras, un modelo de intervención no sólo sirve como orientación y base para el trabajo de intervención, sino además como medio para obtener conocimiento. Los modelos de intervención psicosocial deben basarse en tres supuestos en los cuales se fundamenta la intervención psicosocial:

1. Un modelo de sujeto socio-histórico y activo.
2. Un modelo de salud alejado de la enfermedad y centrado en el bienestar.
3. Un dominio de actuación no sólo psicológico-individual (interno), sino psicosocial (actuar sobre el modelo de relación sujeto-medio) y/o directamente macro- o microsocio directamente comprometido con el cambio social. (Blanco y Valera, 2007, pp. 21)

Existen diversos modelos de intervención psicosocial centrados en la dinámica comunitaria (Madariaga et al., 2018). No obstante, en este trabajo se nombrarán de forma resumida tres de los modelos más reconocidos, para luego pasar al modelo de intervención escogido, también reconocido en el campo de la intervención social. El primero, es un modelo de trabajo grupal propuesto por Lewin (1978), quien indica que generalmente es más fácil cambiar a un individuo dentro de un grupo que de forma separada. Blanco y Varela (2007), manifiestan que, en este modelo, cuando se logra identificar elementos como el interés, la iniciativa y el liderazgo de los individuos y subgrupos, así como los aspectos negativos de los mismo, existe oportunidad de cambio.

El segundo modelo se centra en el fortalecimiento del capital social potenciando los recursos comunitarios propios, aportando a la calidad de vida, fortaleciendo la confianza y la actividad recíproca observándose como herramienta de apoyo de la red social ante los eventos adversos (Madariaga et al., 2018). Es decir, que el apoyo de la red social juega un importante rol para el intercambio de recursos psicológicos-afectivos, cognitivos, conductuales, sociales materiales. En cuanto al ámbito individual, facilita la recuperación psicosocial, funcionando como protección ante patologías (Madariaga et al., 2018). Autores como Palacio et al., (2001), Woolcock y Narayan (2000), entre otros han tratado este modelo.

El tercer modelo es el de Du Ranquet (1996), quien plantea un modelo psicosocial en el que existen tres fases que ayudan a identificar e intervenir en el problema, sea a nivel individual o social posibilitando el cambio social. La primera fase es diagnóstica del cual surge el plan de intervención; la segunda fase es donde se aplican técnicas de apoyo y la intervención desde un trabajo directo o indirecto; y en la tercera y última fase se evalúa lo obtenido. Este modelo es generalmente empleado en el trabajo social, y se basa en la teoría general de sistemas.

5.2.1 El Modelo de Psicología Social Aplicable (Mayo y La France, 1980).

Esta investigación tomó como base el modelo psicosocial de Mayo y La France (1980), ya que permite un trabajo en conjunto entre el conocimiento científico y la práctica (Madariaga et al., 2018), donde se tiene en cuenta la realidad social y los conocimientos que aportan al cambio mediante la intervención y evaluación, y a su vez al conocimiento científico. Este modelo, se establece sobre la práctica lewiniana de la I-A, resaltando al grupo como instrumento para su cambio, protagonistas de su proceso interventivo (Blanco y Valera, 2007), y que, como intervención psicosocial posibilita la dinámica grupal y el apoyo social, presentando beneficios para el grupo (Lewin, 1946; Arias y Ruiz, 2000), entre ellas una mejor elección de estrategias de afrontamiento como la solución de problemas, debido a que el grupo o red social ayuda a las personas a afrontar mejor la adversidad (Gil-Monte & Peiró, 1998; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Gil-Lacruz, 2007).

Este modelo describe “una estructura circular basada en tres elementos clave en el proceso, enlazados a su vez por distintos adaptadores que permiten el paso de un elemento a otro” (Blanco y Valera, 2007, p. 30) (ver figura 1). Estos elementos clave son: primero, el mejoramiento de la calidad de vida (más proactiva-preventiva que reactiva); segundo, la predicción: focalizándose en las consecuencias, más sobre los efectos que sobre las causas (predictiva más que explicativa).

Es crucial para pasar del mejoramiento de la calidad de vida a la construcción de conocimiento psicosocial “definir adecuadamente el problema, al tiempo que seleccionar una metodología de investigación válida para la construcción del conocimiento. Ambos pasos o adaptadores son decisivos porque, a partir de ahí, el producto final adoptará una forma u otra”

(Blanco y Valera, 2007, p.31). Aquí los adaptadores funcionan como mediadores que permiten definir el problema social, así como la selección del método de investigación más apropiada para construir conocimiento (Madariaga et al., 2018; Blanco y Valera, 2007).

El tercer y último elemento, es la intervención o aplicación del conocimiento, necesitando una examinación de la planificación, en el que se hace necesario pasar por dos adaptadores más: en el primero se analiza el sistema donde se intervendrá, y el segundo, analiza la definición sobre el rol del psicólogo social aplicado al sistema, sea como mediador, activista, planificador, experto, etc. Además, como objetivo de verificación en la calidad de vida se debe hacer una interpretación o valoración de los efectos producidos por la intervención, es decir, una evaluación general de la metodología interventiva (Blanco y Valera, 2007).

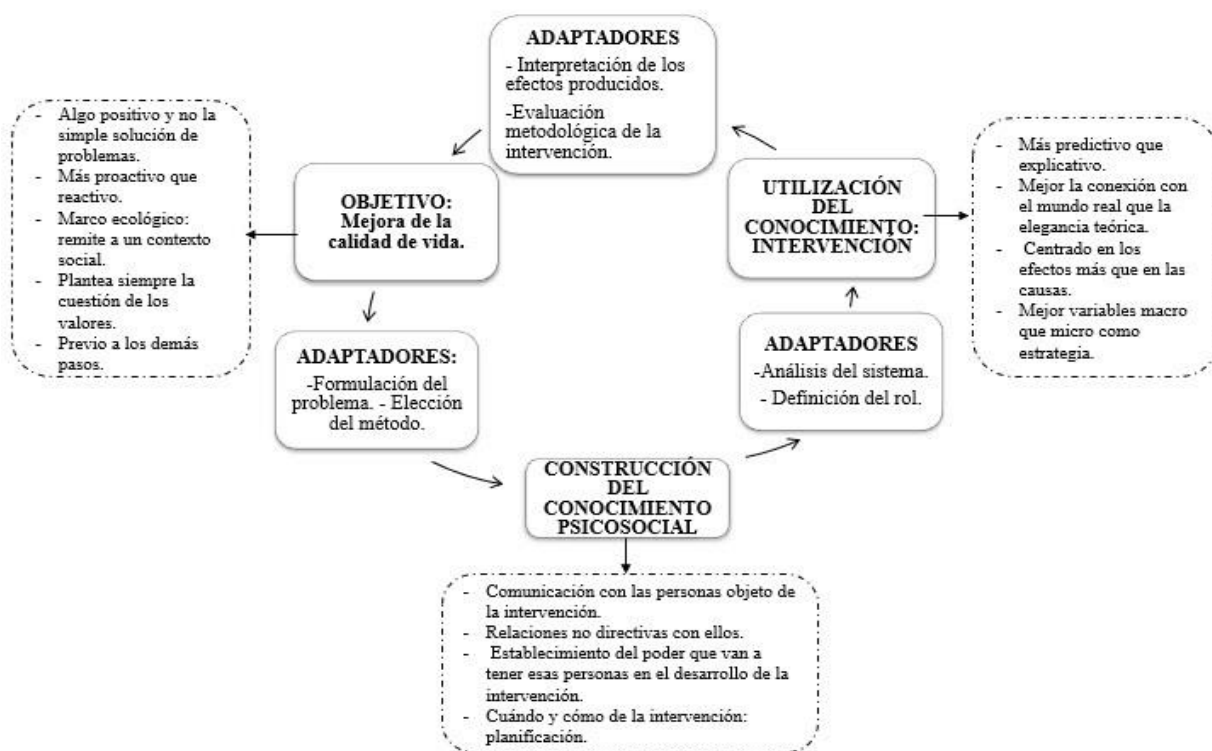


Figura 1. Modelo de Psicología Social Aplicable de Mayo y La France (1980), tomado de Blanco y Valera (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez (Eds.). Intervención psicosocial (p. 31).

Mayo y La France (1980), plantean cuatro fases que pueden ser tomadas independientemente dentro del proceso de la planificación de la intervención, dependiendo de sus objetivos, así como de sus fundamentos teórico-conceptuales o esquemas metodológicos, donde la primera y la tercera fase son de carácter investigativo, y la segunda obedece a criterios de actuación. En síntesis, se mostrará un proceso que involucra las determinaciones del investigador y el resultado de la investigación, presentado una retroalimentación beneficiosa para los intervenidos y para el conocimiento científico (Blanco y Valera, 2007). Las cuatro fases son:

1) *Análisis del sistema social*: Es necesario hacer una valoración de los problemas sociales en su contexto, realizándose con los procedimientos psicosociales pertinentes al problema de estudio (Blanco y Valera, 2007).

2) *Diseño, ejecución y supervisión*: señalan el carácter técnico sobre el diseño, donde deben definirse los objetivos, las estrategias de intervención, examinación de los recursos endógenos y exógenos. Además, para la ejecución es necesaria la activación y movilización para el desarrollo de la intervención. En cuanto a la supervisión, se trata de efectuar consultoría y educación (Blanco y Valera, 2007).

3) *Diseminación de la intervención*: Se resume en la retroalimentación sobre la intervención, comunicando los resultados a la población intervenida, y así mismo, informando a los profesionales, realizándose del modo más eficaz mediante estrategias concebidas (Blanco y Valera, 2007).

4) *Evaluación de la intervención*: Esta se lleva a cabo con los mismos criterios teórico-metodológicos de la primera fase, pero con el objetivo de comprobar el cumplimiento de los objetivos propuestos y la detección de posibles errores o efectos no deseados y capaces de ser

corregidos en intervenciones futuras, resultando como estrategia eficaz para el diagnóstico del éxito de la intervención (Blanco y Valera, 2007).

5.3 La psicoeducación y la actividad lúdica-educativa como herramientas de intervención psicosocial.

Para algunos autores como Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez (2017), “la psicoeducación es una aproximación terapéutica” (p. 208). Para otros, se trata de “una serie de principios metodológicos” (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016, p. 326), que sirven como parte de un proceso de intervención educativa en la que un profesional de la salud suministra información detallada de un padecimiento o determinada enfermedad generalmente a familiar o cuidador de un paciente, implicando consejería y entrenamiento de técnicas para afrontar el problema (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017; Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016; Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006; Zapata, Rangel y García, 2015).

En otras palabras, es un modelo de intervención que presenta soluciones a hechos estresantes de la vida cotidiana y de difícil solución para el individuo (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017). Se le atribuye su creación a George Brown en 1972, originado para familias de pacientes con esquizofrenia (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017) para el control del estrés, cuyo término ha sido difundido por los psicólogos Carol M. Anderson y Douglas J. Reiss y el trabajador social Gerard E. Hogarty (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016).

No obstante, se ha ido incluyendo en otros tipos de trastornos hasta llegar a la educación sanitaria con variantes y adecuaciones de contenido, con el objetivo de proporcionar información útil a familiares y cuidadores (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017), que luego

fue aplicándose a los individuos afectados (o pacientes), desde diferentes ámbitos (familiar, individual, grupal, etc; Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016; Bulacio, Vieyra y Mongiello, 2008), esperando generar cambios en los estilos de vida y afrontamiento por parte de las personas (Pedraza, Molerio, Álvarez, Hernández y Rodríguez, 2012). Por lo tanto, la aplicación de la psicoeducación varía según la necesidad de la población, que puede impartirse en los familiares/cuidadores o en los afectados por algún padecimiento, o en ambos a la vez (Zapata et al., 2015).

Este modelo puede trabajarse de forma individual o grupal (Juárez, Mayorga, Hurria & Ferrell, 2013). Sin embargo, el trabajo grupal presenta relevantes beneficios, pues posibilita intercambiar experiencias entre individuos con situaciones semejantes, estimulando redes de apoyo social, así como la construcción de conocimiento “en el que se favorece el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos” (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017, p 210); a la vez, que permite ahorrar tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud, planteando un enfoque educativo-preventivo y psicológico, que busca fortalecer el afrontamiento de la problemática de una forma más adaptativa (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

El programa psicoeducativo se compone de múltiples sesiones grupales, que dependen de la información y el contenido que se quiere trabajar (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017), dichas sesiones pueden ser de tiempo breve, por lo general menos de 10 (diez) sesiones, o de curso largo, siendo más de 10 (diez) sesiones (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011; Zapata et al., 2015), impartándose mediante charlas por parte profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. (Zapata et al., 2015).

El modelo de psicoeducación presenta tres fases: educativa (donde se brinda la información y estrategias/técnicas a seguir) en esta fase, se hallan diferentes técnicas de entrenamiento cognitivo-conductual que incluyen el aprendizaje y la práctica de estrategias eficaces de afrontamiento para cambiar pensamientos, comportamientos, disminuir el estrés, en las que puede utilizar como estrategias la solución de problemas, ejercicios de respiración, trabajo para el aumento de la autoestima, aumento del control de los sentimientos, etc. (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016; Die-Trill, 2007; Fawzy, Fawzy & Arndt, 1995; Holland, 2002; Link, 2008; Mols, 2005); la segunda fase es la jerarquización de problemas, déficits o necesidades (donde se identifica, organiza y propone un plan de tareas); y, por último, se halla la fase práctica de lo aprendido aplicado a la vida diaria (donde se debe poner en práctica en la cotidianidad las habilidades adquiridas) (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

Estas fases se involucran dentro del proceso de intervención del PIPAAD. Sin embargo, presentan un orden distinto, pues la jerarquización de problemas se halla en la primera fase de la investigación, sirviendo en el diseño del programa, y la fase educativa y práctica, hacen parte de la implementación del mismo. De acuerdo a Tizon et al., (2001), los métodos psico-educativos dirigidos al aprendizaje del afrontamiento ante acontecimientos negativos ayudan de forma efectiva a la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

En cuanto a la fase práctica de este trabajo, se considera como herramienta complementaria la actividad lúdica, ya que mediante dinámicas o juegos relacionadas a los temas presentados se trabajan las técnicas o estrategias para el afrontamiento de las problemáticas. La lúdica facilita la transmisión y comprensión del tema abordado mediante el ejercicio de las técnicas o estrategias dadas. Además, posibilita el manejo de las circunstancias por parte de los intervenidos dentro del programa, ayudando a la retroalimentación de las acciones efectuadas.

La lúdica, además permite “la participación, el disfrute y la creatividad a partir de la vida cotidiana” (Ramírez, Díaz, Reyes y Cueva, 2011, p. 26), que entra en relación con la libertad positiva (Fromm, 1973), en la que son parte fundamental la actividad creativa-espontánea del ser humano para afrontar adecuadamente la adversidad.

La lúdico-educación no sólo implica el juego, es en realidad un término amplio, e implica la conciencia de la realidad, los juicios y reflexiones, y el fomento de la red de apoyo (facilita la interacción social), así como el desarrollo de habilidades “para afrontar situaciones que se presentan en la vida real” (Ramírez et al., 2011, p. 26). La lúdica es una de las herramientas de la teoría del constructivismo social, que busca fomentar el desarrollo psico-social, se adquiere conocimiento y generar soluciones para el cambio (Zuluaga-Ramírez y Gómez-Suta, 2016).

Entonces, el caso del presente trabajo, se consideran herramientas o estrategias de intervención a la psicoeducación y la lúdico-educación para la promoción de la salud mediante el afrontamiento activo, cuyas herramientas (ampliamente usadas en diferentes campos y contextos), se introdujeron en el Diseño e Implementación del programa de intervención que se relacionan a la segunda fase del esquema de Mayo y La France (1980) denominado *Diseño y ejecución*, vinculadas al tercer y último elemento del modelo de Psicología Social Aplicable: La intervención. Cabe resaltar que estas herramientas de intervención y el modelo psicosocial escogido no se consideran opuestas, ya que, la psicoeducación y la lúdico-educación son un medio de intervención que permite beneficios para afrontar las problemáticas en el campo de la salud mental, entre otros. En el caso de este programa el beneficio de la psicoeducación es el de orientar hacia el control de la salud mental mediante técnicas que se plantean para el mismo (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017), y mediante la actividad lúdica se practican y refuerzan de manera activa y creativa.

5.4 Intervenciones psicosociales en población desplazada en Colombia.

Dentro de la revisión literaria para la construcción de este trabajo se identificó al enfoque psicosocial como uno de los más destacados dentro de la investigación y atención en el marco de la violencia socio-política en Colombia, resaltando su importancia para el cambio social y mitigación de los efectos de la violencia. De acuerdo al Minsalud (2018), en su Resolución 1166 de 2018, la Atención con Enfoque Psicosocial en el país:

Privilegia las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias, entre otras cosas porque reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida (pp. 4).

Ahora bien, en la revisión se pudo identificar un déficit y una urgente necesidad de apoyar el conocimiento científico para el aporte a futuros diseños de intervención psicosocial en la problemática del desplazamiento, pues sólo el 2,96% de las publicaciones abarcaron programas, propuestas y/o estrategias de intervención en salud mental en víctimas en Colombia siendo los más actuales hasta el año 2018, en los que se encuentran Agudelo-Vélez (2018), Amarís y Madariaga (2018), Minsalud (2017), Amarís et al. (2016), Minsalud (2012), Abadía y Ferrer (2007), Rodríguez (2006), López (2005) y Bello, Martín y Arias (2000). De estas publicaciones cinco comprendieron estrategias y estilos de afrontamiento, lo que representa el 55,5% de la producción, demostrando la importancia del afrontamiento como variable de estudio e intervención en el desplazamiento forzado.

El resto de las publicaciones revisadas abarcaron estudios relacionados a la salud mental (no interventivos), análisis sobre la salud pública, aspectos económicos, políticos, entre otros, a nivel nacional e internacional en el contexto del desplazamiento. Dentro de esta revisión se observó diversidad en la metodología investigativa: investigación cuantitativa, cualitativa, mixta y revisión bibliográfica, así como diferentes técnicas e instrumentos de medición. No obstante, se resalta el predominio de la investigación cuantitativa siendo el enfoque mayormente empleado como ocurrió en la revisión sistemática sobre la realidad socioeconómica en el contexto del desplazamiento realizado por Sierra-Puentes y Correa-Chica (2019).

Autores como Tamayo-Agudelo & Bell (2018), también apuntan hacia la carencia de estudios publicados que evalúen la efectividad de intervenciones en salud mental en Colombia, presentándose, además, problemáticas importantes para abordar necesidades en la misma relacionadas con el conflicto armado interno. Los autores indican que “estos desafíos incluyen la necesidad de una base de evidencia suficiente para caracterizar las necesidades y orientar las intervenciones, y los servicios adecuados de salud mental para brindar apoyo” (Tamayo-Agudelo & Bell, 2018, p.2).

Asimismo, Campo-Arias et al. (2014) resaltan la existencia de poca producción sobre publicaciones relacionadas a la salud mental en desplazados en el país. Estos efectuaron una revisión sistemática sobre la prevalencia de síntomas y trastornos mentales en desplazados forzados en publicaciones entre el año 1994 al 2013, encontrando que a inicios del siglo XXI el promedio de publicaciones es de uno por año, señalando insuficiencia en las mismas teniendo en cuenta que la dimensión y secuelas de la guerra en Colombia son enormes.

Éste hecho ocurre igualmente a nivel mundial, pues, son pocos los estudios formales que exponen las necesidades concretas en salud mental de los afectados por la violencia por parte de grupos armados (Campo-Arias et al., 2014). Lo anterior también es tratado por Valencia-Agudelo, Montoya-Polanco y Loaiza-Mejía (2019), quienes manifiestan escasez y dificultades en investigaciones que estudien los efectos del desplazamiento a nivel nacional.

De la revisión literaria realizada dos publicaciones relacionadas con intervenciones psicosociales y estrategias en víctimas de violencia sociopolítica en Colombia fueron de especial interés por presentar algunas características similares con esta investigación sirviendo de guía. La primera fue la de Amarís et al. (2016), quienes realizaron una sistematización de investigaciones sobre trauma y bienestar en víctimas de violencia sociopolítica, exponiendo los recursos psicosociales mayormente empleados por las víctimas, permitiendo efectuar un perfil de salud mental basándose en el MECS propuesto por Keyes (2005), confirmando que en ellos siguen existiendo factores protectores de la salud mental e identificando posturas activas como “estrategias adaptativas que les han permitido sobrevivir a las situaciones de sufrimiento y encontrarle sentido a la existencia” (Amarís et al., 2016, p. 217) y posturas fatalistas relacionadas con “la ausencia de un panorama claro de posibilidades (...) lo que le da apertura a una postura fatalista ante el futuro” (p. 219). Esta investigación, además, mostró relación con los resultados de la exploración, orientando el diseño del programa de intervención, y por ello será comparada en los resultados de la fase I, señalando sus nexos con los hallazgos.

La segunda investigación es la de Rodríguez (2006), dirigida a la intervención mediante el empleo de estrategias de afrontamiento emocional, cognoscitivo y social con el propósito de reducir el nivel de severidad de síntomas de estrés postraumático en adultos y adolescentes

desplazados, tratando de medir los efectos de la intervención sobre las conductas a través del tiempo mediante la *Escala de diagnóstico de estrés postraumático* (PSD; Foa, 1995). El diseño de su programa abarcó diez sesiones con cuatro etapas que involucraron la psicoeducación, la promoción de recursos emocionales, cognoscitivos y recursos sociales (Rodríguez, 2006).

El programa disminuyó el nivel de severidad de síntomas del trauma antes y después en los adolescentes y adultos. También observaron cambios en el nivel de severidad, al mes de la intervención lo que es relacionado con el empleo eficaz de las estrategias de afrontamiento, así como a la recuperación emocional. Destacan que revivir el suceso traumático está relacionado con el proceso activo de para afrontar vivencias, convirtiéndose en una estrategia saludable para la intervención. Por último, manifiestan la importancia de crear programas que potencien la calidad de vida de las personas que desarrollan el TEPT, pues se relaciona con la falta de atención que lleva a otros problemas mentales (Rodríguez, 2006).

Por otro lado, para este trabajo también se revisaron estudios (no interventivos) sobre afrontamiento en el contexto de la violencia sociopolítica con el propósito de tomar elementos propios que pudieran enriquecer el diseño del programa de intervención como a la investigación misma, hallándose siete estudios entre el año 2005 al 2016, dos de los cuales han empleado el EEC-M como instrumento de evaluación (ver tabla 4). Cabe aclarar que en la tabla 4 se han agregado los tres estudios más actualizados encontrados con el fin de obtener y brindar mayor información sobre este tema.

Igualmente, para tener un panorama más amplio sobre estudios del afrontamiento para aporte al diseño de intervención se decidió indagar en estudios y programas de intervención en afrontamiento en otros contextos que permitieron ver en conjunto con los antes revisados (ver

anexo A) que el afrontamiento dirigido a las emociones predomina como medio de intervención, revelando resultados significativos y un fuerte vínculo entre el bienestar y el afrontamiento.

Tabla 4

Estudios sobre afrontamiento en víctimas de violencia socio-política en Colombia.

Autores	Tipo de estudio	Instrumento/Técnica
Chen, Ortega Worthington, Britt, & Csikszentmihai (2019)	Transversal- analítico	Brief RCOPE (Pargament et al., 2011)
Domínguez (2018)	Mixto	Escala sobre competencia parental percibida (Bayot, Hernández y De Julián, 2005); Inventario sobre factores personales de la resiliencia (Salgado, 2005); Cuestionario sobre apoyo social comunitario (Gracia y Musitu, 2002) / Narrativas familiares desde el pensamiento hermenéutico de Paul Ricoeur
Mayor et al. (2018)	Cualitativo Exploratorio	Indicadores cualitativos basados en la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M).
Hewitt et al. (2016)	Cuantitativo Descriptivo	Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006)
Zuluaga (2016)	Cualitativo con diseño fenomenológico	Entrevista semiestructurada.
Barrera et al. (2015)	Descriptivo transversal	Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006).
Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano (2013)	Investigación bibliográfica analítica	Revisión bibliográfica.
Giraldo et al. (2008).	Exploratoria	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) Sandín & Chorot, 2003).
Di-Colloredo et al. (2007).	Empírico analítico, de tipo descriptivo de corte comparativo.	Woc – Ways of Coping Scale (Lazarus & Folkman, 1980).
Rodríguez et al. (2005)	Cuantitativo Descriptivo	La Escala de Estrategias y Estilos de Afrontamiento para adultos de Fernández Abascal (1997) y Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (2000).

Fuente: elaboración propia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación doctoral ha encontrado una necesidad urgente sobre la atención en salud mental en el contexto del desplazamiento forzado, cuya problemática genera vulnerabilidad e impacta en la calidad de vida y en la salud mental (Alvarán et al., 2009), con un alto riesgo de producir diferentes manifestaciones psicológicas y amplio rango de características y de gravedad que pueden adquirir un valor psicopatológico que comprometa la funcionalidad (Minsalud et al., 2015), convirtiéndolo, por todo ello, en un problema de salud pública (Arias, 2013).

El desplazamiento causa deterioro social, afectando la estructura familiar, la comunicación y los lazos afectivos (Campo-Arias et al., 2014), así como una baja autoestima, debilitamiento de la autonomía y de la autoconfianza, tristeza, desesperación, añoranza, creencias incongruentes del funcionamiento social, creencias sobre poco dominio del entorno y de las situaciones (Amarís et al., 2016), ánimo depresivo e inadecuadas estrategias de afrontamiento (Madariaga et al., 2018, p. 211). Así mismo, se vincula al complejo estigma-discriminación por parte de la sociedad, generando segregación que ocasiona un impacto psicosocial negativo en las personas afectadas, pues se estigmatizan sus comportamientos, creando desigualdades que suman como agente estresor (Campo-Arias et al., 2014), así como el estigma relacionado al lugar de expulsión y el proceso para denunciar y ser reconocidos como víctimas generando revictimización por parte del Estado (CNMH, 2015).

Internacionalmente las consecuencias más comunes del desplazamiento forzado se relacionan con alto riesgo de sufrir depresión, TEPT, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros trastornos mentales como se expone en estudios sobre refugiados en Nepal, Australia y Gran Bretaña (Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo y Sanguino, 2010), o estudios

con población de Siria (Tinghög et al. al, 2017). En Colombia autores como Castaño et al. (2018b), manifiestan que los estudios representativos de la población adulta víctima del conflicto armado se presenta de manera simultánea el TEPT, la ansiedad y la depresión.

En el caso internacional, el número de desplazados internos es el doble que el de refugiados, y de acuerdo a diversos estudios, presentan peores resultados de salud mental que los refugiados (Shultz et al, 2014a). En el caso de Colombia, se da un desplazamiento forzado interno, provocado por el conflicto armado como medio de violencia sociopolítica, fenómeno social vigente, cuya trayectoria nacional ha superado el medio siglo (Shultz, et al., 2014a; Sierra-Puentes y Correa-Chica, 2019), tomando como escenario principal las zonas rurales del país (Segura, 2000), que se ven afectadas por las diferentes formas de violencia ejercidas (Arias, 2013), afectando a un gran número de personas, ubicando a Colombia en los primeros lugares de las naciones con mayor número de víctimas en el mundo (Shultz, et al., 2014a; Mendoza, 2012).

Dentro de esta investigación se observó que el Atlántico se destaca como departamento receptor de población en condición de desplazamiento forzado (DANE, 2006; Soledad, 2007), cuya capital (Barranquilla) ocupa los primeros lugares de las ciudades principales receptoras de víctimas del desplazamiento forzado interno (Luque, 2016; CNMH, 2015; Silvera y Amarís, 2017; Valencia, 2017; CICR & PMA, 2007; Ramos, 2018) señalándola como territorio importante para el estudio del desplazamiento forzado, sobre todo si se considera que asentarse en lugares con características socioculturales similares o en lugares próximos al lugar de desplazamiento, afecta la salud mental y la persistencia de trastornos mentales (Gómez-Restrepo et al. 2016b; Bogic et al., 2015).

Por su parte, la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (ENSM) del 2015 no revela datos a nivel departamental y/o por municipio sobre la salud mental de los desplazados forzados, pero deja en claro la necesidad de crear investigaciones innovadoras “que permitan un análisis más minucioso (...) que faciliten una comprensión más profunda y compleja de la que permite una encuesta poblacional” (Minsalud et al., 2015, p. 117) lo que revela un vacío sobre el tema, a pesar de la trayectoria e impacto del desplazamiento, la ubicación de Colombia a nivel mundial sobre esta problemática y de la existencia de una mayor prevalencia de cualquier trastorno en adultos entre los 18 a 44 años en los tres periodos evaluados por la encuesta como lo indica el Minsalud et al. (2015). Si se tiene en cuenta que la APA et al. (2014) ha señalado que en la edad adulta se presenta de forma completa los síntomas del TEPT generando un importante deterioro clínico, los anteriores datos deberían alarmar ante la atención en salud mental en las víctimas del país.

No obstante, se resalta que la ENSM 2015 expone que un 7,9% de la población adulta en Colombia ha sufrido un trauma relacionado con el conflicto armado (Gómez-Restrepo, Tamayo-Martínez, Buitrago et al, 2016b), y agregan que “algunos de los sujetos que experimentan eventos traumáticos pueden desarrollar trastornos mentales, específicamente el trastorno de estrés postraumático (TEPT)” (Minsalud et al., 2015, p. 178). Además, declaran que las víctimas de desplazamiento forzado en el país reportan el doble de prevalencia de riesgo de estrés postraumático (2,2%) en comparación con la población general colombiana (1,2%), lo que es relevante si se tiene encuesta que sus síntomas son crónicos (Tamayo et al., 2016), y estos pueden empeorar su evolución por factores predisponentes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003a). Cabe agregar que en la tabla 1 se han presentado estudios de prevalencia del TEPT como los de Andrade (2011), Juárez y Guerra (2011),

Richards et al. (2011) y Sinisterra et al. (2010) que muestran altos porcentajes del TEPT que pueden conectarse con las declaraciones del Minsalud, revelando la urgencia en la atención sobre este trastorno en el contexto colombiano.

El TEPT es una de las consecuencias más comunes del desplazamiento forzado que afecta la salud mental tanto a nivel nacional como internacional (Castaño et al., 2018a, 2018b; Minsalud et al., 2015; Sinisterra et al., 2010), donde las respuestas implementadas por los sujetos y/o los grupos sociales, sean materiales o simbólicas, también influyen en el mismo (Arias, 2013).

Ahora bien, de acuerdo a Londoño et al. (2011), la presentación de algún tipo de trastorno mental depende de diversos factores que no sólo están relacionados al hecho traumático como el desplazamiento forzado, sino, además, a las habilidades individuales, la percepción y manejo de recursos, estilos de afrontamiento, apoyo psicosocial y severidad del trauma entre otros aspectos. Por esto se considera importante identificar estrategias de afrontamiento poco eficaces para reorientarlas hacia otras más exitosas y activas, de modo que favorezcan la salud mental, convirtiéndolas en un factor protector (Amarís et al., 2009; Amarís et al., 2016). Cabe resaltar que las estrategias y estilos de afrontamiento importantes en el área de la salud mental, se encuentran vinculadas al estrés y la solución de problemas (Londoño et al., 2006).

Considerando lo anterior, se puede decir que los problemas en salud mental derivados por el desplazamiento forzado pueden relacionarse con una posible dificultad en la escogencia de los estilos y estrategias adecuadas de afrontamiento por parte de las víctimas, pues como expresan Madariaga et al., (2018), el desplazamiento afecta en la elección de estrategias, y esto podría influir en la generación de síntomas psicopatológicos, afectando de modo negativo su adaptación al medio, y todo ello convertirse en un círculo vicioso que empeore su salud

mental. Además, un mayor número de experiencias insatisfactorias influyen en la valoración negativa de la vida (Velasco et al., 2011), apuntando esto a la importancia del entorno social en el afrontamiento y en la salud mental.

Por otro lado, a pesar de que se reconocen las consecuencias de la violencia sociopolítica y de ser considerado el principal problema de salud pública en Colombia debido a su tendencia al aumento, la mortalidad, el sufrimiento y la discapacidad que ocasiona en las víctimas (González, 2002) y del incremento de gastos en los servicios de salud que impactan la salud pública (Ayala, 2002); las investigaciones y publicaciones relacionadas con la violencia y la salud mental no han sido suficientes (Campo-Arias et al., 2014; Aguilar et al., 2011; Ayala, 2002), al igual que los estudios sobre el afrontamiento (Di-Collredo et al., 2007) o en afrontamiento activo en dicha población (López, 2005), soportando lo manifestado anteriormente por Minsalud et al. (2015) en la ENSM 2015 acerca de la necesidad de crear un mayor número de estudios que presenten un análisis más minucioso sobre la salud mental a nivel nacional. Igualmente, se encuentra como ejemplo la investigación llevada a cabo por Campo-Arias et al. (2014), donde se observa una baja producción científica desde inicios de este siglo, señalando que se comparte este mismo problema a nivel mundial.

Se suma a ello la baja producción y publicación de estudios que evalúen la efectividad de intervenciones en salud mental en Colombia, presentándose también problemas para abordar necesidades de salud mental en el contexto del conflicto armado interno (Tamayo-Agudelo & Bell, 2018; Campo-Arias et al., 2014). Autores como Castaño et al. (2018a ; 2018b), Aguilar, Morillas y Patró (2011), y Ayala (2002) concuerdan con estos señalamientos, comunicando la importancia de generar mayores aportes mediante el diseño, implementación y evaluación de programas de intervención en salud mental en Colombia como medio de promoción de la

misma y de mitigación del daño en las víctimas. Además, se debe tener en cuenta que la salud mental es un tema prioritario en la nación colombiana como se halla en el decreto 3039 de 2007 (Minsalud, 2007). De este modo, se busca aportar con una nueva propuesta sobre la promoción de la salud mental mediante el afrontamiento activo como principal factor protector. Es decir, centrarse en la salud más que en la enfermedad con base en el concepto emitido por la OMS (2013), donde la salud mental es un estado de bienestar completo y no sólo la ausencia de malestar, y reconociendo la capacidad dinámica y activa de las víctimas.

Este aporte es coherente con lo expuesto por Hoyos (2014), Daza et al. (2011), Di-Colloredo et al., (2007) y González (2004), quienes señalan la importancia de identificar factores protectores en intervención, al igual que Domínguez y Godín (2007), cuyos planteamientos toman como referencia a Cyrulnik (2000), declarando que los factores protectores, los recursos psicosociales y su empleo (el afrontamiento), deberían ser estudiados y usados en intervenciones más que los factores de vulnerabilidad, pues estas teorías terminan victimizando a las personas que sufren eventos dolorosos/traumáticos y en la temática del desplazamiento forzado se busca desvictimizar, reconociendo las capacidades restaurativas de los afectados (Hoyos, 2014). No obstante, como dice la OMS (2004) no se pueden abarcar los factores protectores sin desconocer los de riesgo, por lo tanto, también se consideran relevantes pues hacen parte de la construcción social.

Pregunta problema.

Con base en los planteamientos anteriores se propone examinar: ¿Cuál es la efectividad de un programa de intervención psicosocial sobre afrontamiento activo en la promoción de la salud mental en víctimas adultas del desplazamiento forzado con TEPT, localizados en la ciudad de Barranquilla?

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicosocial en afrontamiento activo para la promoción de su salud mental en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT en la ciudad de Barranquilla.

Objetivos específicos.

Fase I. Diagnóstico-etapa de exploración.

Primero. Identificar la presencia del TEPT en víctimas en condición de desplazamiento forzado ubicados en la ciudad de Barranquilla.

Segundo. Explorar los recursos psicosociales, factores de riesgo y protección en las víctimas en condición de desplazamiento forzado identificadas con TEPT y ubicados en la ciudad de Barranquilla, mediante un estudio de caso colectivo.

Fase II. Diseño, implementación y evaluación del programa.

Primero. Diseñar el programa de intervención psicosocial en afrontamiento activo para la promoción de la salud mental en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT.

Segundo. Validar el contenido y la pertinencia del diseño del programa de intervención psicosocial, analizando el nivel de ajuste, formulación teórica y planificación diseñada a través del criterio de jueces expertos.

Tercero. Implementar el programa de intervención psicosocial en afrontamiento activo en una muestra de víctimas del desplazamiento forzado identificadas con TEPT ubicados en la ciudad de Barranquilla.

Cuarto. Evaluar las diferencias significativas en la salud mental desde la dimensión del bienestar social en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT entre el grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control un (1) mes antes y quince (15) días después de finalizar la implementación del programa.

Quinto. Evaluar las diferencias significativas en la salud mental desde la dimensión del bienestar subjetivo en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT entre el grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control un (1) mes antes y quince (15) días después de finalizar la implementación del programa.

Sexto. Evaluar las diferencias significativas en la salud mental desde la dimensión del bienestar psicológico en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT entre el grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control un (1) mes antes y quince (15) días después de finalizar la implementación del programa.

Séptimo. Evaluar las diferencias significativas de las estrategias de afrontamiento activas y pasivas en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT entre el grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control un (1) mes antes y quince (15) días después de finalizar la implementación del programa.

Octavo. Evaluar las diferencias significativas en la salud mental desde la dimensión del bienestar social en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT del grupo de tratamiento entre los quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa.

Noveno. Evaluar las diferencias significativas en la salud mental desde la dimensión del bienestar subjetivo en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT del grupo de tratamiento

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

entre los quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa.

Décimo. Evaluar las diferencias significativas en la salud mental desde la dimensión del bienestar psicológico en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT del grupo de tratamiento entre los quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa.

Undécimo. Evaluar las diferencias significativas de las estrategias de afrontamiento activas y pasivas en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT del grupo de tratamiento entre los quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa.

HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo

Las hipótesis generales y específicas que se exponen a continuación, presentan las hipótesis de trabajo que orientan el proceso de esta investigación.

Hipótesis general 1. El grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control, muestran diferencias significativas en salud mental entre un (1) mes antes de aplicar el programa y quince (15) días después de finalizar su implementación.

La evaluación de esta hipótesis necesita examinar cada dimensión de la salud mental con la variable independiente, por tal razón se establecen las siguientes hipótesis específicas:

Hipótesis específica 1.1 El grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control, muestran diferencias significativas en el bienestar social a nivel intergrupar entre un (1) mes antes de aplicar el programa y quince (15) días después de finalizar su implementación.

Hipótesis específica 1.2. El grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control, muestran diferencias significativas en el bienestar subjetivo a nivel intergrupar entre un (1) mes antes de aplicar el programa y quince (15) días después de finalizar su implementación.

Hipótesis específica 1.3. El grupo de tratamiento y el grupo de cuasi-control, muestran diferencias significativas en el bienestar psicológico a nivel intergrupar entre un (1) mes antes de aplicar el programa y quince (15) días después de finalizar su implementación.

Hipótesis 2. El grupo de tratamiento y de cuasi-control presentan diferencias significativas intergrupalmente en las estrategias de afrontamiento activas y pasivas entre un (1) mes antes de la aplicación del programa y quince (15) días después de finalizar su implementación.

Hipótesis general 3. El grupo de tratamiento muestra que no hay diferencias en los resultados de salud mental entre quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de la intervención, implicando un sostenimiento de los resultados del programa.

La evaluación de esta hipótesis necesita examinar cada dimensión de la salud mental con la variable independiente, por tal razón se establecen las siguientes hipótesis específicas:

Hipótesis específica 3.1. El grupo de tratamiento muestra que no hay diferencias significativas en el bienestar social entre quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa, implicando un sostenimiento de los resultados.

Hipótesis específica 3.2. El grupo de tratamiento muestra que no hay diferencias significativas en el bienestar subjetivo entre quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa, implicando un sostenimiento de los resultados.

Hipótesis específica 3.3. El grupo de tratamiento muestra que no hay diferencias significativas en el bienestar psicológico entre quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa, implicando un sostenimiento de los resultados.

Hipótesis 4. El grupo de tratamiento muestra que no hay diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento activas y pasivas entre los quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa implicando un sostenimiento de los resultados.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

Definición conceptual.

Variable dependiente - Salud mental

Este trabajo se ha enmarcado desde la dimensión positiva de la salud mental, definida por la OMS (2013), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.48), donde las personas son conscientes de sus habilidades, afrontan las adversidades, trabajan productivamente, y tienen la capacidad de contribuir comunitariamente (OMS, 2013). Teniendo en cuenta esta definición se ha basado en el MECS (Keyes, 2005), el cual toma como medidas de salud mental las dimensiones del bienestar: social, psicológico y subjetivo.

El bienestar social es la evaluación sobre las circunstancias y el funcionamiento en la sociedad (Keyes, 1998; Blanco y Díaz, 2005). En esta se engloban cinco dimensiones: aceptación social, contribución social, coherencia social, integración social, y actualización social (Keyes, 1998). Pero, se apoya especialmente en las dos últimas dimensiones (la integración: necesidades socioemocionales relacionadas al apoyo social autoestima e identidad; y la actualización social), apoyando los fundamentos de la grupalidad, donde grupo es la base que orienta al individuo (Blanco y Díaz, 2004, 2005, 2006).

El bienestar psicológico con base en Ryff (1989) trata sobre el desarrollo personal, y en la manera de afrontar la adversidad para proteger el proyecto de vida (Blanco y Díaz, 2005). Este comprende las siguientes dimensiones: autoaceptación, crecimiento personal, propósito de vida, autonomía y relaciones positivas con los otros.

En el caso del bienestar subjetivo es definida por Diener (1998) “como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida. Estas evaluaciones incluyen

tanto reacciones emocionales a acontecimientos, como juicios sobre satisfacción y logro” (p. 34). Este tipo de bienestar presenta dos dimensiones principales para su estudio: el aspecto afectivo-emocional y el valorativo cognitivo (Diener & Suh, 2000; Velasco et al., 2011); el aspecto afectivo emocional se subdivide en dos componentes: afecto positivo y afecto negativo que reflejan el estado de ánimo (Atienza et al., 2000; Sandin et al. 1999; Lucas et a., 1996). La segunda dimensión, se orienta en lo valorativo cognitivo, que hace referencia a la evaluación global del sujeto con respecto a la satisfacción que siente sobre su vida (Diener & Suh, 2000; Velasco et al., 2011; Pavot et al., 1991; Atienza et al., 2000).

Basados en Pavot y Diener (1993), se centrará en el bienestar subjetivo desde la evaluación de la satisfacción con la vida, pues, al ser una dimensión valorativa cognitiva refleja respuestas desde una perspectiva a largo plazo, que no se verían afectadas por los estados corporales y factores inconscientes que sí se hallan en la dimensión afectiva-emocional.

Variable mediadora/independiente – Afrontamiento.

Para Kirchner (2003) “A nivel conceptual y metodológico se interpreta el afrontamiento como una variable de carácter bien sea mediador, bien moderador, que modifica los efectos desestabilizadores del estrés” (p. 200). Ahora bien, para Lazarus & Folkman (1986) éste consiste en “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

El afrontamiento presenta una serie de estrategias que por sus características se pueden categorizar dentro de dos estilos pues, “la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento” (Folkman y Folkman, 1986,

p. 170). Entonces se hallan estilos activos, que ayudan a dar soluciones a un problema de forma adaptativa, y exitosa; y los estilos pasivos: donde se responde ante las situaciones de forma menos efectiva y menos adaptativa (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman 1986; Moos, 1988; Krzemien et al., 2005). Si estos últimos son empleadas de manera generalizada pueden afectar la salud mental negativamente (Rodríguez, 2006).

Definición operacional.

Variable dependiente- Salud Mental

Esta variable presenta tres dimensiones que son medidas con escalas distintas con diseño tipo Likert. El bienestar social, es medido con la Escala de Bienestar Social de Keyes cuya escogencia de respuestas va del 1 al 7, donde 1 es Totalmente de Acuerdo, 4 es Neutro y 7- Totalmente en desacuerdo; el bienestar subjetivo es evaluado con la Escala de Bienestar Subjetivo de Diener que consta de cinco opciones de respuesta donde 1 es Totalmente de Acuerdo, 2-Parcialmente de Acuerdo, 3-Neutro, 4- Parcialmente en desacuerdo, y 5- Totalmente en Desacuerdo; y el bienestar psicológico mediante la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff con 6 opciones de respuesta donde 1 es Totalmente en Desacuerdo, 2- Bastante en desacuerdo, 3 -Poco en desacuerdo, 4 -Un poco de acuerdo, 5- Bastante de acuerdo, y 6 Totalmente de acuerdo (ver tabla 5).

Tabla 5
Descripción operacional salud mental desde el MECS.

Variable	Dimensiones	Indicadores/Subdimensiones
Salud Mental desde el Modelo del Estado Completo de Salud -MECS (Keyes,2005)	Bienestar Subjetivo	Satisfacción con la vida: 1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar. 2.-Las condiciones de mi vida son excelentes. 3.-Estoy satisfecho con mi vida. 4.-Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida. 5.-Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.
	Bienestar Psicológico	Autoaceptación: ítems 1,7,13,17,24. Relaciones positivas: ítems 2, 8, 12, 25. Autonomía: ítems 3,4,9,18,19,23. Dominio del entorno: ítems 5, 10, 14, 20,29. Propósito en la vida: ítems 6, 11, 15,16 ,21. Crecimiento personal: ítems 22, 26, 27,28.
	Bienestar Social	Integración Social: ítems 8, 4, 10, 17, 25. Aceptación Social: ítems 3,2,21,12,24,18. Contribución Social: ítems 14, 19, 20, 22, 23. Actualización Social: ítems 1,5,15,6,11. Coherencia Social: ítems 7,9,13,16.

Variable mediadora/independiente – Afrontamiento

Se evaluó el afrontamiento de acuerdo a la escala EEC-M compuesta por 12 estrategias con 69 ítems totales, adaptado por (Londoño et al., 2006) con las siguientes opciones de respuesta tipo Likert: 1-Nunca, 2- Casi Nunca, 3- A veces, 4-Frecuentemente, 5-Casi siempre y 6-Siempre, basada en la EEC-R de la versión de Chorot y Sandín (1993), con origen en la escala de Modos de Afrontamiento (del inglés Ways of Coping instrument, WCI) de Lazarus & Folkman (1984). Por medio de la definición obtenida sobre los estilos activos y pasivos de afrontamiento dada por los autores del afrontamiento, se categorizarán las estrategias de acuerdo a la tabla 6, la cual se presenta a continuación:

Tabla 6
 Descripción operacional del afrontamiento.

Variable	dimensiones	Estrategias
Afrontamiento Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC- M; (Londoño et al., 2006).	Estrategias activas	Solución de problemas (SP) ítems: 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 6 Búsqueda de apoyo social (BAS) ítems 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57 Búsqueda de apoyo profesional (BAP) ítems 7, 15, 35, 48, 58 Reevaluación positiva (RP) ítems 5, 13, 46, 56, 64 Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA) ítems 45, 52, 55, 61 Autonomía (AUT) 65, 66
	Estrategias pasivas/evitativas	Espera (ESP) 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69 Religión (REL) 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67 Evitación emocional (EE) 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62 Reacción agresiva (RA) 4, 12, 22, 33, 44 Evitación cognitiva (EC) 31, 32, 42, 54, 63 Negación (NEG) 1, 2, 3

Control de las variables de estudio.

A continuación, se hará la descripción de las variables controladas en la investigación mediante la tabla 7.

Tabla 7

Descripción del control de las variables de estudio.

¿Qué se controló?	¿Cómo se controló?	¿Por qué se controló?
Identificación del TEPT.	Mediante la aplicación de la Escala de Trauma de Davidson, teniendo en cuenta el punto de corte de 40.	Porque este trastorno es una de las consecuencias más comunes en las víctimas de desplazamiento (Tamayo-Agudelo & Bell, 2018; Minsalud et al., 2015) tanto a nivel nacional como internacional (Castaño et al., 2018a, 2018b; Minsalud et al., 2015; Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo y Sanguino, 2010), afectando la salud mental, y su evolución puede empeorar por factores predisponentes (OPS, 2003a). Además, no todos los individuos desplazados presentan el TEPT (Palacio, Abello, Madariaga y Sabatier, 1999; Buendía y Mira, 1993; Juárez y Guerra, 2011; Rodríguez et al., 2005). Su identificación sirvió como criterio de inclusión/clasificación de los participantes. Se considera que, si no se hubiese tenido en cuenta como criterio, el programa no habría tenido una alta probabilidad de ser efectivo.
Identificación de otros posibles trastornos mentales.	Mediante la aplicación del instrumento diagnóstico MINI Entrevista Neuropsiquiátrica internacional.	Porque las personas identificadas con otro posible trastorno necesitarían de ayuda especializada (por ejemplo: psiquiátrica, medicamentos y/o atención clínica psicológica a largo plazo) en caso de aparecer el riesgo de suicidio, la depresión, esquizofrenia u otros trastornos mentales (OMS, 2008), y la implicación de un mayor número de patologías o comorbilidad de trastornos requiere de una mayor atención sobre sus necesidades (OMS, 2013). Entonces, el programa planteado no contempla la atención sobre las necesidades que estas puedan requerir. Se considera que, si no se hubiese tenido en cuenta como criterio de exclusión de personas identificadas con otros posibles diagnósticos, el programa no habría tenido una alta probabilidad de ser efectivo.

Variables no controladas.

Las siguientes variables no fueron controladas al no ser de interés en la investigación: el estado civil, la personalidad, nivel de educación, tener hijos o ser jefe de hogar y el género. Si bien estas variables son parte del contexto de los individuos de la investigación, se asume que

el programa es independiente de este tipo de variables.

En el caso del estado civil en documentos relevantes como en el CNMH (2015), no exponen relaciones entre esta variable y la salud mental en desplazados forzados. En el estudio de Juárez y Guerra (2011), se señala un predominio del estado civil de unión libre, pero manifiestan que este difiere de otro estudio donde predominó la soltería y no se vincula esta con el TEPT el cual es el tema central de su investigación. Así mismo, en la ENSM 2015 (Minsalud et al., 2015) se trata la variable del estado civil y su relación con los rasgos de personalidad, pero no se vincula a trastornos mentales como el TEPT o con el desplazamiento forzado.

Respecto a la personalidad en el contexto del desplazamiento se halla que una estructura de personalidad con dificultades de ajuste y adaptación, puede ser un factor de riesgo de trastorno mentales (Camilo, 2000). Sin embargo, la OPS (2003a) advierte que esta no es necesaria ni suficiente para justificar la aparición de trastornos mentales pues pueden incidir diversas variables.

Sobre el nivel de educación, los resultados de esta investigación y en las indagaciones realizadas se encuentra que en general las víctimas de desplazamiento forzado tienen dificultades para acceder al sistema educativo (Sierra-Puentes y Correa-Chica, 2019; Castaño et al., 2018b; CNMH, 2015), por lo que se asumió que esta condición se encontraría igualmente en la población de estudio siendo confirmado en la recolección de los datos sociodemográficos de ambas fases.

Por su parte, la religión a pesar de ser considerada importante en la literatura del desplazamiento, no se interesó por controlar esta variable pues existe gran diversidad de creencias religiosas/espirituales, y en el tema del desplazamiento forzado es común que las

víctimas emplean estas creencias como modo de amortiguar el estrés y problemáticas del diario vivir. Además, lo que interesa aquí no es conocer la religión en específico sino más bien señalarla como un factor protector en el contexto del desplazamiento y fuente de tranquilidad ante la adversidad (Di-Colloredo et al., 2007; Giraldo et al., 2008; Londoño et al., 2008; Gómez, 2012; Hewitt et al., 2016; Zuluaga, 2016).

Ahora bien, tener hijos se muestra como un aspecto relevante en este contexto al ser un motivo para salir adelante (Amarís et al., 2016), no obstante no se consideró importante controlar esta variable, así como la cantidad de hijos o ser jefe de hogar ya que el interés de la investigación se centra en promover la salud mental en víctimas desplazamiento forzado con TEPT tengan hijos o no (pues de forma general se halla una gran necesidad de esta población en recibir atención psicosocial), así como en la implementación del programa de intervención y eficacia del mismo.

Por último, aunque el TEPT presenta mayor riesgo y duración en las mujeres (APA et al., 2014), caso que se da igualmente en Colombia (Minsalud et al., 2015) y de que el género femenino es un factor de vulnerabilidad (Salcedo y Paes-Machado, 2019; Olivera, 2019), debido a las situaciones de abuso y violencia ejercidas en el desplazamiento que generan mayor riesgo de trastornos mentales (Londoño et al. 2011; Gómez-Restrepo, Tamayo Martínez, Bohórquez et al, 2016b; Mercado, 2016; Salcedo y Paes-Machado, 2019; Olivera, 2019) se ha considerado no controlar la variable sexo teniendo en cuenta que Colombia se ubica en los primeros lugares a nivel mundial en el número de víctimas del conflicto armado y ha presentado una mayor prevalencia de cualquier trastorno en adultos en los tres periodos evaluados por la encuesta (Minsalud et al. 2015), señalando que tanto hombres como mujeres son afectados y necesitan del apoyo psicosocial. Además, dado que el promedio del tiempo

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

desplazamiento de la muestra es 16 años y de que aproximadamente el 73% indicó no haber recibido atención psicológica se considera un deber como profesional social el brindar apoyo a estas personas sin distinción del sexo, pues el desplazamiento afecta tanto a hombres como mujeres.

METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarca en un modelo de investigación de corte mixto que permitió la exploración y profundización de los datos, así como la complementación y refinamiento de los mismos. Johnson y Onwuegbuzie (2004) se refieren a este como “(...) el tipo de estudio donde el investigador mezcla o combina técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos o lenguaje cuantitativo o cualitativo en un solo estudio” (p. 17).

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003), este tipo de investigación integra o combina lo cualitativo (inductivo) y cuantitativo (deductivo) en todo el proceso de investigación o en la mayoría de sus etapas. No obstante, aunque agrega complejidad a la investigación, su valor radica en que estos contemplan todas las ventajas de ambos enfoques. Pereira (2011), señala que diversos autores se interesan en este tipo de investigación pues les ayuda a obtener una mejor comprensión de los fenómenos, facilitando y el fortaleciendo conocimientos teóricos y prácticos, combinando paradigmas y favoreciendo la aproximación de la realidad bajo estudio. Cabe agregar, con base en Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2013), que luego de varios debates metodológicos “actualmente se considera que tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa no son opuestas o incompatibles, y que pueden apoyarse dependiendo de la pregunta de investigación” (p. 57).

Los diseños mixtos han sido aceptados con mayor fuerza con el paso del tiempo y son cada vez más empleados en investigaciones de diversos campos, principalmente en las Ciencias Sociales, produciendo cambios en el abordaje metodológico de los investigadores y académicos de diversas áreas del conocimiento (Pereira,2011). Estudios en distintas áreas fueron fortaleciendo estas aproximaciones investigativas y crearon planteamientos teóricos de

interés sobre su validez y en los procedimientos de triangulación, que consisten en “la convergencia o corroboración de los datos recolectados e interpretados a respecto del mismo fenómeno” (Driessnack, Sousa y Costa, 2007, p. 4), y cuyo método de recolección y/o interpretación de los datos puede darse de distintas formas (Pereira, 2011). Autores como Denzin y Lincoln (2002), lograron aportes que impactaron positivamente en las propuestas de investigación de corte mixto exponiendo una revisión profunda sobre los procesos de triangulación. Moscoloni (2005) señala que a la triangulación (dentro de los diseños mixtos) es una opción con gran valor, que permite la aproximación y enriquecimiento de los datos.

Entonces, este tipo de investigación fue evolucionando hasta ser abordado en función de diseños nombrados como modelo y método mixto (Pereira, 2011). Por ejemplo, Johnson y Onwuegbuzie (2004), y Onwuegbuzie y Leech (2006) expusieron que las investigaciones de tipo mixto pueden ser de dos tipos: *Con modelo mixto*: donde se combinan en una sola etapa/fase de investigación los métodos cuantitativos y cualitativos. *Con método mixto*: donde los métodos cuantitativos se emplean en una etapa/ fase de la investigación y los cualitativos en otra. Ahora bien, para Driessnack et al. (2007): “(...) los métodos mixtos se refieren a un único estudio que utiliza estrategias múltiples o mixtas para responder a las preguntas de investigación y/o comprobar hipótesis” (p. 3).

Driessnack et al (2007), y Morse (2003), tratan la investigación de tipo mixto desde un abordaje teórico primario y secundario, donde el referente teórico es designado con letra mayúsculas CUAN o CUAL, señalando o enfatizando el análisis de la investigación, y el secundario se designa en minúsculas, indicando que será el complemento de la misma. Igualmente, Johnson y Onwuegbuzie (2004), y Onwuegbuzie y Leech (2006), plantearon una organización de los diseños mixtos sobre en el paradigma de base y el orden o secuencia en el

que se utilizaban, exponiendo la siguiente organización: *Igualdad en el estatus*, donde se aplican simultáneamente ambos métodos y no se prioriza uno sobre el otro, por lo que sólo cambia el orden en la concurrencia o secuencia.

Entonces, los tipos de diseño mixto se pueden emplear de la siguiente forma: *Concurrente*: CUAL+ CUAN, o *Secuencial*: CUAL → CUAN, CUAN → CUAL. Así mismo, estos autores tratan sobre el *Estatus dominante*, donde se da prioridad a uno de los enfoques, sea cuantitativo o cualitativo, y sea de aplicación secuencial o concurrente (Pereira, 2011).

Ahora bien, el presente trabajo aborda un macro-estudio con *método mixto e igualdad de estatus* expuestas por Johnson y Onwuegbuzie (2004), y Onwuegbuzie y Leech (2006), y adaptado sobre las concepciones procedimentales propuestas por Miles y Huberman (1994), quienes muestran un modelo de integración de la investigación cualitativa y la cuantitativa (Flick, 2004; ver figura 2), donde se inicia con la investigación cualitativa como parte de la exploración que permite un mayor acercamiento a la realidad, seguida de la investigación cuantitativa donde en este caso se vale de instrumentos como cuestionarios, escalas, etc. En este caso se realizó una exploración (fase cualitativa), seguida de la fase cuantitativa donde se implementó el programa de intervención y se llevaron a cabo evaluaciones mediante escalas psicológicas analizadas cuantitativamente.

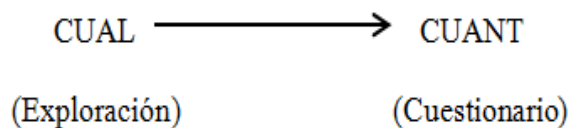


Figura 2. Diseño de investigación de integración de la investigación cualitativa y la cuantitativa basado en Miles y Huberman (1994).

Este modelo de enfoque mixto se ajusta y sigue un esquema acorde al Modelo de Psicología Social Aplicable de Mayo y La France (1980), donde se presenta el objetivo en el que se enmarca la investigación, luego se pasa a la exploración de la realidad mediante el empleo de técnicas de investigación cualitativa, entendiendo que esta perspectiva permite un mayor acercamiento de la realidad bajo estudio, logrando clarificar los recursos psicosociales así como los factores de riesgo y protección con los que cuentan los individuos, de manera que contribuyó al conocimiento psicosocial y a la construcción del programa. Por último, se diseñó, implementó y evaluó la intervención desde una fase de investigación cuantitativa con la intención de cumplir con los objetivos y responder a las hipótesis de trabajo.

En resumen, se trabajaron dos fases. La Fase I fue sometida al Comité de Ética en Investigaciones en el Área de la Salud de la Universidad del Norte siendo aprobada en el Acta de Evaluación No. 142 (Ver Anexo B). En cuanto a la Fase II, fue sometida al mismo comité aprobándose en el Acta No. 168 (Ver anexo C). Cabe agregar, que la segunda fase del proyecto fue financiada por la Dirección de Investigación, Desarrollo e Innovación (DIDI), de la Universidad del Norte.

Para las estrategias de reclutamiento de ambas fases se realizó invitación a las convocatorias mediante el volanteo puerta a puerta de las víctimas de desplazamiento forzado, habitantes de la urbanización Villas de San Pablo en Barranquilla, registradas en el RUV e identificadas por las líderes comunitarias suscritas a la Oficina de Desarrollo Integral de Comunidades Sostenibles (DINCS) de la Fundación Mario Santo Domingo, y quienes apoyaron la investigación y permitieron el acercamiento con la población. Así mismo, por medio de la base de datos de la exploración, se realizaron llamadas telefónicas para invitación a las convocatorias de la segunda fase.

Se construyó un consentimiento informado por cada fase (ver anexos D y E), en los que se comunicó que el desarrollo de la investigación involucraba la utilización de herramientas para la grabación de las actividades mediante video, grabador de voz o registros fotográficos para propósitos de la misma. Se explicó que la firma de estos documentos autorizaba su utilización. También se indicó confidencialidad en el tratamiento de los datos suministrados.

FASE I-Exploración.

Población y Muestra.

La población de estudio fue conformada por personas en condición de desplazamiento forzado, hombres y mujeres mayores de edad en la ciudad de Barranquilla, reconocidas como víctimas del desplazamiento forzado en el Registro Único de Víctima (RUV) de acuerdo a la página web de la *Unidad* para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la cual reportaba para el año 2017 una población total de 122,229 víctimas declaradas en la ciudad.

Esta investigación trabajó con desplazados forzados con TEPT, habitantes de la Urbanización Villas de San Pablo (la cual se encuentra en la periferia de Barranquilla), beneficiarios de la Fundación Mario Santo Domingo. Estos proceden en su mayor parte de departamentos aledaños al Atlántico entre los que se destacan Bolívar y Magdalena como se muestra en los resultados de la exploración. El diagnóstico de TEPT se efectuó mediante la Escala de Trauma de Davidson, sirviendo únicamente como herramienta para la identificación y selección de los individuos, cumpliendo con uno de los criterios de inclusión como un primer paso para seguir con la exploración.

Se realizaron 9 convocatorias, donde también se aplicó una ficha de datos sociodemográficos. En total asistieron 103 sujetos, en los que 54% de ellos arrojaron

resultados significativos de síntomas de TEPT. Se trabajó con una muestra de 32 personas que firmaron el consentimiento informado, y quienes fueron informados sobre los objetivos, confidencialidad de los datos y alcances del estudio.

El muestreo fue de tipo intencional, bajo convocatoria. Partiendo del criterio de saturación de la muestra, se extrajeron las categorías esperadas con base en los hallazgos en la literatura sobre las víctimas del conflicto armado, así como por la información obtenida mediante el contacto con los participantes en la exploración (Mayor et al., 2018). De acuerdo a Ruiz (2015), la muestra en la investigación cualitativa se conforma por individuos que hablan, y sus discursos son datos o fuentes de información, que exponen conocimiento de la acción social.

Es por ello, que esta muestra no tiene por objeto la representatividad estadística o un análisis del universo poblacional, en lugar de ello, intenta captar significados, explicaciones, sentimientos, conductas, etc, que den una aproximación hacia las representaciones simbólicas en un contexto determinado (Ruiz, 2015). Para cumplir con la validez y la representatividad, la cual no se relaciona con la connotación estadística, se debe tener en cuenta que la información se ajuste a los objetivos de la investigación, y en la representatividad que la narración “corresponda al tipo de personas que ejemplifica” (Ruiz, 2015, p.53).

Criterios de Inclusión y Exclusión Fase I.

Criterios de inclusión.

- Sujetos de ambos sexos, que tengan la mayoría de edad (18 años en adelante), en condición de desplazamiento forzado, y registrados en el RUV (Registro Único de Víctimas), ubicados en la ciudad de Barranquilla.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- El participante presenta TEPT, de acuerdo al punto de corte establecido por la Escala de Trauma de Davidson -DTS (40 puntos o más del puntaje total de la escala).
- Consentimiento informado entendido, firmado y entregado.

Criterios de exclusión.

- Sujetos que no hayan cumplido los 18 años de edad, y que no cuenten con cédula de ciudadanía.
- Si el participante no es desplazado forzado y tampoco presenta el diagnóstico de TEPT, de acuerdo al punto de corte establecido por la DTS.
- Sujetos que presenten diagnóstico de otro(s) trastorno(s) psicopatológico(s) comunicado por ellos mismos o hallado(s) dentro de la investigación.
- No aceptación del consentimiento informado.
- Si el participante no puede proporcionar su firma.

Diseño.

Esta fase, enmarcada dentro de una investigación cualitativa, corresponde al segundo elemento del Modelo de Psicología Social Aplicable de Mayo y La France (1980), que busca la construcción del conocimiento psicosocial. Se empleó como estrategia para la exploración un estudio de caso colectivo (Stake, 1995), donde la muestra se escoge intencionalmente. Aquí el investigador estudia una determinada cantidad de casos que son complejos para inspeccionar fenómenos, población(es), entre otros aspectos de interés, de forma que se cuenta de las complejidades del problema que puedan ser o no generalizadas, y que constituyan la expresión paradigmática de una problemática social (Kazez, 2009). Se aplicó una encuesta de

datos sociodemográficos, y se utilizaron como técnicas, el taller investigativo, indicadores cualitativos y entrevistas en profundidad en las víctimas con TEPT quienes fueron identificadas previamente, y quienes firmaron el consentimiento informado para esta fase. Los indicadores cualitativos se basaron en las escalas de Bienestar Social de Keyes, Subjetivo de Diener (Satisfacción con la vida), Psicológico de Ryff y la EEC-M, las cuales sirvieron como pautas de observación.

Consideraciones éticas fase I

Se explicó a los participantes, tanto de forma personal como en el consentimiento informado, la voluntariedad en la participación para esta fase, así como la posibilidad de retirarse del estudio al no ser de condición obligatoria. También, se les garantizó que toda la información suministrada sobre sus datos personales sería manejada con absoluta confidencialidad.

Instrumentos

Se efectuó una ficha de datos sociodemográficos *Ad hoc* para esta fase (ver anexo F), que no sólo posibilitó el contacto con los participantes, sino, además, obtener una aproximación a su perfil social que aportara a la investigación, registrando datos personales, de contacto, trabajo/ocupación, educación, del hogar y desplazamiento. También se empleó la DTS de manera previa a la exploración cualitativa como criterio de inclusión de los participantes, y cuyas propiedades psicométricas serán descritas en los instrumentos de la segunda fase.

Técnicas cualitativas de investigación

Se emplearon como técnica de recolección de información y aproximación a la realidad bajo estudio un *taller investigativo*, dentro del cual se emplearon *indicadores cualitativos*, creados como pautas observacionales y que sirvieron para enriquecer la investigación; y *entrevistas en profundidad*.

Taller investigativo

Es un medio de recolección de datos empleado en diferentes disciplinas que permite el relacionamiento entre investigador y participantes desde una perspectiva socio-crítica y humanista, que puede abarcar aspectos éticos, prácticos, epistemológicos y políticos. Su análisis sirve como medio de construcción de la teoría y el resultado final puede beneficiar ambas partes (Ghiso, 1999). Es un instrumento válido que ayuda a socializar y apropiarse conocimiento de la complejidad social desde diversos aspectos dinámicos, abarcando características, actitudes, sentimientos, expresiones, conductas, capacidades, imaginarios, conceptos y cultura de una forma participativa y oportuna a las necesidades de quienes son partícipes del mismo, estimulando recuerdos, la comunicación, el análisis, etc, logrando que el objetivo de la investigación se pueda observar de forma clara. No obstante, se deben seguir lineamientos o guías, que posibiliten la consecución de los objetivos de modo que fortalezca la investigación (Ghiso, 1999).

De acuerdo a Ghiso (1999), el taller investigativo abarca los siguientes ámbitos: *contextual* (enmarcado en un contexto), *emocional* (exposición de las emociones), *intencional* (taller como un instrumento social intencionado, esperando conseguir información enmarcada dentro de unos objetivos para la construcción de conocimiento y/o cambios de conductas), *corporal*

(posibilita encuentro y contacto corporal con el grupo facilitando ver, escuchar, sentir emociones producidas por otros, así como contactos físicos más cercanos: abrazos o agarrarse las manos entre sí, promoviendo la socialización), *conversacional* (el taller como espacio de diálogo y comunicación mediante juegos de lenguaje, permitiendo a los participantes cambiar de roles, convenir, pactar, negociar o disentir), y *dramático* (abarca una serie de condiciones y circunstancias para la interacción y creación de narrativas sobre dramas vivenciados que ayudan a obtener conocimiento. Ejemplo: los socio-dramas) (Ghiso, 1999).

Teniendo en cuenta los ámbitos que conforman el taller como instrumento de investigación social, se consideró pertinente para la práctica investigativa de manera que se tomó como medio de exploración. El taller efectuado constó de cinco actividades que incluyeron dimensiones sociales (familiar, institucional, comunitaria y laboral) y sus experiencias como condición de desplazados forzados.

Las actividades realizadas fueron: *Primero*, discusiones en grupo realizadas de forma interna sobre sus experiencias en las dimensiones sociales asignada al azar, donde reconocieran dificultades y posibles soluciones. *Segundo*, se trabajó sobre una lluvia de ideas en las que se registraron en carteleras las problemáticas y las posibles soluciones de acuerdo a la dimensión tratada. *Tercero*, los participantes representaron las problemáticas y soluciones mediante un role play (socio-drama) por grupo, para obtener una aproximación sobre sus experiencias, emociones y sentimientos. *Cuarto*, se comprendió las perspectivas de vida antes y después del desplazamiento, donde mostraron diferencias en sus percepciones acerca de sí mismo, de la vida misma, relaciones sociales, sentimientos, etc. *Quinto*, el taller abarcó la dimensión de la salud mental, mediante preguntas semi-estructuradas, donde los individuos participaron de manera voluntaria, intentando comprender sus experiencias relacionadas al

bienestar psicológico, subjetivo y social. Para el cierre del taller, se abrió un espacio para comentarios y conclusiones que permitieran validar la información recogida. Se emplearon como herramientas para registros del taller: la filmación (autorizada con la firma del consentimiento informado), notas de campo, y el registro de los indicadores cualitativos.

Indicadores cualitativos

Estos hacen referencias, a los sentimientos, emociones, significados, expresiones, percepciones, o factores sociales y no a cantidades (Alonso, 1998), que apoyan como pautas de observación dentro de la interacción social con los participantes y que permiten darles mayor sentido a los datos recogidos. Estos indicadores se basaron en la descripción de las dimensiones de las escalas de Bienestar subjetivo de Diener (evaluación de la satisfacción con la vida), bienestar psicológico de Ryff, y bienestar social de Keyes, así como de las estrategias de afrontamiento de la EEC-M (Londoño et al., 2006), los cuales permitieron registrar, mediante la observación, evidencias sobre estas dimensiones y recursos en los individuos. Cabe aclarar, que estos indicadores se basan en las escalas nombradas pues fueron escogidas como instrumentos de investigación que fueron aplicados en la segunda fase. En la sección de instrumentos de la fase II se explican sus propiedades psicométricas.

La entrevista en profundidad.

Es otra técnica dentro de la investigación cualitativa que sirve para indagar sobre ámbitos poco explorados de manera flexible. Sus primeros momentos pueden tener una función preparatoria y orientadora “que por sí misma o bien triangulada o combinada con técnicas,

tanto cualitativas como cuantitativas, puede ejercer de valioso instrumento de recogida de datos significativos y expresivos para el análisis de la realidad social” (Chicharro, 2003, p.6).

La entrevista en profundidad permite comprender la realidad y aproximarse a ella mediante la interacción cara a cara entre el entrevistado y el entrevistador, logrando la inmersión del entrevistador en una posición de observador (Ruiz, 2015). En esta entrevista las interacciones se crean en un espacio social que se orienta por las mismas reglas y estrategias que guían el encuentro.

Los discursos de los entrevistados son vistos como realidades simbólicas que comunican ideas, significados, opiniones, sentimientos, al igual que reflexiones sobre la existencia misma. El contenido del discurso se va orientando por medio de la exploración dentro de un determinado contexto cultural que permiten comprender su significado (Ruiz, 2015).

La guía de la entrevista no necesariamente es fija, sino más bien abierta, reelaborando el hilo de los datos aportados por los diferentes entrevistados. Es así, que, durante el proceso de investigación, las categorías de análisis se van definiendo por lo que ciertos temas iniciales a tratar se van excluyendo. Las entrevistas en sí mismas van ejerciendo una labor preparatoria para las siguientes, orientando y formando algunos lineamientos del estudio (Chicharro, 2003).

De acuerdo a los lineamientos creados, se ejecutan un número determinado de entrevistas que son igualmente flexibles en su estructura. El espacio de las entrevistas terminará cuando los entrevistados no aporten nueva información o “no permitan la introducción de nuevas categorías a tener en cuenta (saturación)” (Chicharro, 2003, p. 6). El registro de las entrevistas debe hacerse por medio de la transcripción de la grabación, ya sea video o audio, pero deben ser transcritas literalmente como aparece, mostrando fidelidad al material obtenido, para que

“la traducción cultural no suponga un problema” (Ruiz, 2015, p.53), respetando el lenguaje oral, el cual deriva de una construcción interpretativa, de los entrevistados.

En este caso, se efectuaron entrevistas en profundidad semiestructuradas a cuatro de los individuos que participaron en el taller, determinado por el criterio de saturación, y quienes mostraron durante las convocatorias mayor puntuación en la DTS para el TEPT, considerando que podrían enriquecer desde sus experiencias a la investigación. Las entrevistas fueron realizadas en sus hogares y se empleó como medio de registro: la grabación de voz, autorizada mediante la firma del consentimiento informado.

Procedimiento.

En esta fase el empleo de las técnicas cualitativas usadas (taller investigativo, entrevistas en profundidad), así como el registro de las mismas (indicadores cualitativos, notas de campo, y grabación de video y de voz), posibilitaron la triangulación de los datos recolectados, que fueron analizados mediante la técnica del *análisis de contenido cualitativo*, desde el enfoque fenomenológico-social, empleando como herramienta el Software ATLAS ti versión 8.0, en el que se obtuvieron subcategorías, y posteriormente las categorías, importantes para la construcción de conocimiento psicosocial, correspondiendo al segundo elemento del Modelo de Mayo y La France (1980), y que posteriormente aportaron al diseño del programa.

El análisis de contenido cualitativo puede ser considerado una técnica de investigación, un método de investigación, o incluso, una serie de procedimientos (Fernández, 2002), “que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada” (Díaz y Navarro, 1998, p. 181). De acuerdo a Díaz y Navarro (1998), su empleo, sea como técnica o procedimiento, depende de los intereses y necesidades

de cada investigación. Sin embargo, su análisis siempre comienza con la identificación de los elementos en el documento escrito, que sirven para determinar el estado psicológico, describir semejanzas, diferencias o tendencias, identificar creencias, actitudes, valores, intereses, objetivos, etc; o analizar el contenido de la comunicación.

Estos elementos se analizan dentro de unidades de análisis (segmentos como: vocablos, frases o párrafos) o documento completo, unidades de medida espacio o tiempo, los personajes y sus características (Duverger, 1986), que luego son englobados en categorías y subcategorías, establecidas de acuerdo a las variables de las hipótesis, reflejando reflexiones que surgen con base en las perspectivas teóricas asumidas en la investigación y se convierten en diferentes niveles donde se exponen y separan las unidades de análisis (Díaz y Navarro, 1998).

FASE II- Fase Cuantitativa de la investigación.

Población y Muestra.

La población de estudio fue conformada por personas en condición de desplazamiento forzado, hombres y mujeres mayores de edad en la ciudad de Barranquilla, reconocidas como víctimas del desplazamiento forzado en el Registro Único de Víctima (RUV) de acuerdo a la página web de la *Unidad* para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Para esta fase también se trabajó con desplazados forzados habitantes de la Urbanización Villas de San Pablo (localizada en la periferia de Barranquilla), beneficiarios de la Fundación Mario Santo Domingo, procedentes en su mayor parte de departamentos aledaños al Atlántico donde resaltan Bolívar y Magdalena como se muestra en los resultados de ambas fases.

De acuerdo a la página de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas,

con corte del 01 de mayo de 2018, Barranquilla, presentaba una población total de 130,776 víctimas declaradas desplazadas por el conflicto armado. Dentro de la página de la Unidad de Víctimas no se cuenta con registros sobre la prevalencia de síntomas o trastornos mentales en esta población como el TEPT, por lo que se procedió a realizar el cálculo de la muestra partiendo de la información disponible, y empleando la fórmula de estimación del tamaño de la muestra para poblaciones desconocidas desde del parámetro π (Hurtado, 2010; ver figura 3), con un error máximo admisible del 5%, y nivel de confianza $(1-\alpha)$ del 95% (Ver tabla 8):

$$n = \frac{[(Z)^2][(\pi)(1 - \pi)(N)]}{\{[e^2][(N - 1)]\} + \{[(Z)^2][(\pi)(1 - \pi)]\}}$$

Figura 3. Estimación del tamaño de la muestra a partir del parámetro π , con un factor de corrección para poblaciones finitas.

Tabla 8

Datos para el cálculo del tamaño de la muestra.

Símbolo	Término de la ecuación	Valor
N	Tamaño de la población	130.776
Z	Nivel de confianza $(1-\alpha = 95\%)$	1,96
π [P]	Probabilidad Esperada (con TEPT)	50%
$1 - \pi$ [Q]	Probabilidad No Esperada (sin TEPT)	50%
D	Error Máximo Admisible 5%	5%
N	Tamaño mínimo calculado para la muestra	386

Teniendo en cuenta que no se encontró información publicada sobre la prevalencia del TEPT en la población desplazada de Barranquilla, lo cual es respaldado por el Coordinador en

el Atlántico de la Mesa Departamental de Víctimas, M. Delgado (comunicación personal, abril 02, 2018); se decidió basarse en el chi-cuadrado teniendo en cuenta que éste ayuda a estimar la distribución de la probabilidad dentro de una muestra, asumiendo un porcentaje del 50 %.

Se considera que es lógica esta selección, con base en el 54% de los individuos que arrojaron síntomas significativos de TEPT en la primera fase; por lo tanto, si esa distribución del estadístico se comporta como el parámetro, se esperaría que la distribución sea cercana al azar (es decir 50% y 50%) (Ver tabla 9). Cabe agregar, que como se indicó en el marco teórico, no se observa un consenso en las investigaciones del desplazamiento forzado sobre la prevalencia de síntomas y/o trastornos por estrés postraumático en los individuos afectados por lo que se considera adecuada la selección de ese porcentaje.

Tabla 9
Estimación de la probabilidad de presencia de TEPT en la muestra de víctimas.

DTS	Fi	Hi	Distribución en la Muestra
Con TEPT	65.388	50,00%	193
Sin TEPT	65.388	50,00%	193
Total	130.776	100%	386

Para esta fase se realizó un muestreo no aleatorio de tipo intencional, bajo convocatoria con el apoyo de líderes comunitarias de la urbanización Villas de San Pablo, adscritas a la oficina DINCS de la Fundación Mario Santo Domingo. Este tipo de muestreo se ha trabajado en la mayoría de los estudios del desplazamiento forzado revisados por Campo-Arias et al. (2014), escogiendo una muestra conforme a las condiciones del estudio (Chicharro, 2003).

La muestra fue escogida intencionalmente, pues la selección aleatoria, según León y Montero (2003), implicaría una gran logística para reunir a todo un país para crear una representatividad adecuada de la población. Esto demanda una gran inversión de tiempo y dinero. Así mismo, el interés de la investigación se centra más en la implementación del programa de intervención y eficacia del estudio, por lo que asume que el programa es independiente de variables como nivel de educación, ubicación geográfica, estrato socio-económico, nivel de inteligencia, etc., (León y Montero, 2003). Para la investigadora es suficiente con que la muestra de desplazados forzados viva dentro de Barranquilla y sea identificada con TEPT. Por ello, no se llevó a cabo una selección aleatoria, sino una selección de la muestra por conveniencia y asignación a los grupos intencionalmente.

Se aclara, que, aunque el cálculo de la muestra indicó que el tamaño con TEPT debe ser de 193 individuos, fue configurada inicialmente por un total de 206 personas identificadas (representando el 36% de la población encuestada), contemplando la existencia de deserción que generalmente ocurre en investigaciones de este tipo. Sin embargo, para realizar un adecuado análisis mediante la técnica escogida, donde se hace necesario contar con el mismo número de sujetos en las comparaciones antes y después, se realizó el procesamiento de los datos estadísticos sólo a partir de una $N=168$ (mujeres= 145 y hombres= 23), pues el porcentaje de deserción de la muestra total fue del 18,4%. En cuanto al seguimiento se realizó el análisis con un $N= 61$, debido a que el 40% de los individuos no lograron ser localizados para su evaluación en estas mediciones.

*Criterios de Inclusión y Exclusión Fase II**Criterios de inclusión*

- Sujetos de ambos sexos, que tengan la mayoría de edad (18 años en adelante), en condición de desplazamiento forzado, y registrados en el RUV (Registro Único de Víctimas), ubicados en la ciudad de Barranquilla.
- El participante presenta TEPT, de acuerdo al punto de corte establecido por la Escala de Trauma de Davidson -DTS (40 puntos o más del puntaje total de la escala).
- Consentimiento informado entendido, firmado y entregado.

Criterios de exclusión

- Sujetos que no hayan cumplido los 18 años de edad, y que no cuenten con cédula de ciudadanía.
- Si el participante no es desplazado forzado y tampoco presenta el diagnóstico de TEPT, de acuerdo al punto de corte establecido por la DTS.
- Si el sujeto presenta el diagnóstico de algún otro trastorno mental, mediante la aplicación del M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.
- No aceptación del consentimiento informado.
- Si el participante no puede proporcionar su firma.

Diseño.

Esta fase sigue al tercer elemento del Modelo de Mayo y La France (1980), correspondiente a la intervención o aplicación del conocimiento donde se logró diseñar el programa teniendo en cuenta la exploración previamente realizada; se definió el rol de la profesional en psicología

(doctoranda) como mediadora del programa de intervención psicosocial y se logró verificar e interpretar los efectos producidos por dicho programa. Para ello se escogió un *diseño cuasi-experimental pre-post, dos grupos, uno de cuasi-control*, con base en los planteamientos de Montero y León (2007). En este diseño se forman dos grupos, uno al que se le aplica el tratamiento denominándose grupo de tratamiento, y otro grupo con participantes similares, que no han sido tratados ni conformados al azar, y por esta razón, “por no tener las garantías de los grupos control formados al azar es por lo que se denomina ‘cuasi control’. Vg.: DeCharms (1976) o Labrador, Fernández y Rincón (2006)” (Montero y León, 2007, p. 852). Además, en ambos grupos se mide la(s) variable(s) dependiente(s) en dos mismos momentos (antes y después) (Montero y León, 2007).

Aunque un diseño experimental, donde se efectúa la asignación aleatoria, es de gran provecho al no permitir variables extrañas (estrato socioeconómico, aptitudes, la inteligencia, etc), por la homogeneidad de los grupos (León y Montero, 1997), se considera que debido a las características de la población desplazada bajo estudio no se podrían cumplir con la asignación aleatoria a los grupos, ya que esta dependerá no sólo de la disponibilidad de quienes deseen participar, sino también de las características individuales y su compromiso con las actividades (León y Montero, 1997).

En este caso en particular, el grupo cuasi-control se conformó convenientemente con el mismo grupo poblacional del estudio, el cual cumplió con las características de los criterios de inclusión de la investigación. No obstante, fueron conformados dentro de dicho grupo por su dificultad para asistir a un programa de intervención, manifestados por los mismos individuos, por lo que sólo se le aplicaron las mediciones correspondientes para las comparaciones con el grupo de tratamiento. El grupo de tratamiento se denominó grupo 1, conformado inicialmente

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

por 102 personas, y el de cuasi-control se denominó grupo 2, compuesto por 104 personas, pero, debido al porcentaje de deserción en la investigación (23,5% en el grupo tratamiento; y 13,4% en el grupo cuasicontrol) se realizó el análisis pre-post test con una N= 78 para el grupo de tratamiento y N=90 para el grupo de cuasi-control.

La medición pre-test se realizó un mes antes de la implementación del programa, y el post-test quince días después de haber finalizado su implementación. Cabe aclarar, que, aunque la investigación cumple con el diseño pre-post el cual permitiría ver la efectividad del programa luego de su intervención, se tomaron dos medidas adicionales para el grupo de tratamiento (ver tabla 10). Las dos mediciones u observaciones agregadas al diseño se efectuaron como medidas de seguimiento sobre el impacto de la intervención. Esto se aplica partiendo de que “distintos momentos de medida pueden conducir a conclusiones diferentes sobre los impactos del programa, ya que mientras que algunos impactos implican procesos lentos y pueden tardar en producirse, otros pueden ocurrir rápidamente, pero no mantenerse en el tiempo” (Blasco y Casado, 2009, p. 18).

Por lo tanto, se efectúan las mediciones dos (2) y seis (6) meses después para determinar el impacto de los efectos del programa. Además, al ser la primera implementación del diseño, no se conoce a ciencia cierta el tiempo adecuado en el que surgirán los efectos. Igualmente, los participantes cumplen ciertas características sociales que los diferencian de la población en general, por lo que existe riesgo de perder el contacto con ellos por diferentes motivos a largo plazo. Por esto, a criterio de la investigadora se decidió fijar dichos tiempos teniendo en cuenta que el cualquier caso es necesario definir y especificar el tiempo de medición del programa, en lugar de referirse a un corto o largo plazo (Blasco y Casado, 2009).

En este estudio, se han establecido dichos tiempos para la evaluación de impacto partiendo de tres aspectos: 1) en la literatura sobre mediciones de impacto existe una falta de consenso relacionada con métodos, diseño, tiempos de mediciones, entre otros asuntos (Casado, Bernal, Mozas, Fernández y Medina, 2017); 2) la mayoría de los programas revisados sobre intervenciones psicosociales relacionados al afrontamiento y bienestar no evidencian tiempos de evaluación de impacto, sino, más bien, evaluaciones de seguimiento entre un mes como en el caso de Rodríguez (2006); dos meses después como en el estudio de Jiménez, Izal y Montorio (2016) o a los seis meses como muestra el estudio de Póo y Vizcarra (2011); y 3) se encontró que en algunos estudios realizaron mediciones post-test justo al finalizar la intervención como en las investigaciones de Abadía y Ferrer (2007), Krzemien et al. (2005), y Garaigordobil (2001).

También se hallaron casos particulares como el de López (2005), quien evaluó los efectos de un programa dos años después y sólo con representantes de algunas familias por problemáticas para seguir accediendo al grupo completo; y el caso de Valencia (2008), quien por dificultades de tiempo no pudo realizar seguimientos. En la tabla 10 se detalla el diseño aplicado para la evaluación del PIPAAD, donde se agregan las mediciones de seguimiento. Se aclara que en esta tabla las mediciones son denominadas como observaciones (O) teniendo en cuenta el diseño escogido. La medición pre test se denomina O1, post test O2, medición de seguimiento a los dos meses O3, y medición de seguimiento a los seis meses O4.

Tabla 10
Evaluación pre-post y mediciones de seguimiento.

Grupos					
G1	O1	X	O2	O3	O4
G2	O1		O2		
Tiempo	1 mes antes	12 sesiones	15 días después	Dos meses después	6 meses después

Nota: G1: Tratamiento; G2: Cuasi-control; O: Observación (medición); X: Intervención. El

diseño pre-post test parte de Montero y León (2007).

Consideraciones éticas fase II.

La participación al programa de intervención fue voluntaria. Se indicó a los participantes que podían retirarse en cualquier momento de la investigación, sin que esto ocasionara algún perjuicio. Se les garantizó absoluta confidencialidad sobre sus datos personales. Se implementó el PIPAAD al grupo de cuasi-control, luego de finalizar la medición post test.

Instrumentos.

- Ficha de datos sociodemográficos para la fase II (Ver anexo G).
- Escala de Trauma de Davidson- DTS (Davidson et al., 1997, adaptación en español de Bobes et al., 2000; ver anexo H). *Empleado como criterio de inclusión.*
- M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Scheehan et al., 1992, 1998; adaptado al español Versión 5.0.0 por Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000; ver anexo I). *Empleado como criterio de exclusión.*
- Escala de bienestar psicológico de Ryff (Ryff, 1989; adaptación en español de Díaz et al., 2006; ver anexo J).
- Escala de Bienestar Social de Keyes (Keyes, 1998; adaptación en español de Blanco y Díaz, 2005; ver anexo K).

- Escala de Satisfacción con la Vida (Bienestar Subjetivo; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; adaptación en español de Atienza et., 2000; ver anexo L).
- Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) de Londoño et al. (2006; ver anexo M).

Descripción de las escalas.

Encuesta de datos sociodemográficos: Se construyó una encuesta *ad hoc* que pudiese brindar información sobre los datos personales, de contacto, trabajo/ocupación, educación, hogar/vivienda y datos relacionados al desplazamiento los cuales fueron analizados mediante estadísticos descriptivos en el SPSS versión 21.

Escala de Trauma de Davidson- DTS (Davidson Trauma Scale).

La escala es original de Davidson et al. (1997), traducida al español por Bobes et al. (2000), mostrando “índices psicométricos adecuados (confiabilidad *test-retest*), consistencia interna y discriminación entre las puntuaciones obtenidas por una muestra clínica en comparación a un grupo control” (Guerra, Martínez, Ahumada y Díaz, 2013, p.42). Su consistencia interna (Alfa de Cronbach) para el total de la escala es de 0,99; para la frecuencia es de 0,97 y para gravedad 0,98 y presenta una fiabilidad test-retest de 0,86 (Bobes et al. 2000; Juárez y Guerra, 2011). Es una escala autoadministrada que consta de 17 ítems los cuales valoran la frecuencia y la gravedad de síntomas del TEPT durante la última semana. Los ítems se basan en los criterios B (ítems 1-5), C (ítems 6-12) y D (ítems 13-17) del TEPT del DSM IV. El criterio B incluye los síntomas intrusivos (ejemplo: pesadillas y recuerdos); el criterio C, los síntomas evitativos (ejemplo: evitan la exposición a situaciones que recuerdan el hecho traumático); y el

criterio de D, la activación fisiológica (ejemplo: irritabilidad e híper-alerta) (Guerra et al 2013; APA, 2000; Davidson et al., 1997).

A pesar de que los 17 ítems son iguales en la escala de frecuencia y gravedad, cambia el formato de respuesta en cada una de las subescalas, ya que se presenta como dos escalas en una (Guerra et al. (2013). La escala presenta 5 opciones para frecuencia y gravedad, que van de 0 (cero) = nunca a 4 = todos los días; y de 0 = *nada* a 4 = *extrema*, respectivamente. Frecuencia y gravedad tienen un rango de 0 a 68 puntos cada una, y la sumatoria total de ambas es de 136. Entre mayor es el resultado, es mayor la frecuencia y/o la gravedad; y a mayor puntuación es mayor la incidencia del TEPT (Guerra et al. 2013). De acuerdo a los autores, 40 puntos es lo recomendable como medida o criterio de corte eficiente del total de la escala para diferenciar resultados significativos de los que no, pues permiten obtener un 92% del valor predictivo efectivo y 83% de un valor predictivo negativo (Davidson et al., 1997).

En los estudios de Juárez y Guerra (2011), así como los de Guerra et al. (2013) y Alejo et al. (2007), se estableció presencia del TEPT partiendo del punto de corte. Los resultados obtenidos en la investigación de Guerra et al. (2013) se evidenció que la DTS es una escala válida, confiable y útil como instrumento de apoyo para la identificación del TEPT, como ocurrió en los estudios de Mendoza et al. (2013), Villafañe, Milanesio, Marcellino y Amodei (2003), entre otros. Además, ha sido empleado en diferentes investigaciones del desplazamiento forzado en Colombia como se observa en Juárez y Guerra (2011), Londoño et al. (2011), Andrade (2011), Alejo et al. (2007) y Abello-Llanos et al. (2009) mostrando su validez. Este último estudio se focalizó en la ciudad de Barranquilla, con un alfa de Cronbach de 0,92, indicando una excelente consistencia interna.

M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview).

Instrumento creado por Scheehan & Lecrubier (1992, 1994, 1998), adaptado al español por Ferrando et al. (2000), consiste en una entrevista clínica breve y bastante estructurada de los principales trastornos psiquiátricos basados en el eje I del DSM-IV y la CIE-10, el cual puede ser aplicada por psiquiatras y médicos no psiquiatras luego de un corto entrenamiento (Ferrando et al., 2000; Galli, Feijóo, Roig y Romero, 2002). Este ha sido traducido a más de 30 idiomas (Lecrubier, Sheehan, Hergueta, & Weiller, 1998; Broner, Borum, Whitmire & Gawley, 2002), empleándose en más de 100 estudios (Lecrubier et al., 1998).

Este cuestionario fue creado con el propósito de servir de herramienta en la práctica clínica y el campo de la investigación, presentando una estructura de módulos independientes con categorías diagnósticas (Galli et al., 2002) con una duración media de 15 minutos (Ferrando et al., 2000). Se divide en 16 módulos referenciados por una letra correspondiente a una categoría diagnóstica que evalúa “tanto psicopatologías actuales como pasadas por medio de respuestas dicotómicas –es decir, Sí o NO, aunque, si bien es cierto, la marcación de las respuestas depende también del juicio del clínico” (Ramírez-Giraldo, et al., 2017, p. 6-7).

Los trastornos que conforman este instrumento expuestos mediante módulos son los siguientes: A. Episodio Depresivo Mayor (EDM), EDM con síntomas melancólicos; B. Trastorno distímico, C. Riesgo Suicidio; D. Episodio maníaco, Episodio Hipomaníaco; E. Trastorno de angustia; F. Agorafobia; G. Fobia social (Trastorno de ansiedad social); H. Trastorno obsesivo-compulsivo; I. Estado por Estrés Postraumático; J. Dependencia de alcohol Abuso de alcohol; K. Dependencia de sustancias (no alcohol); L. Trastornos psicóticos, Trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos; M. Anorexia nerviosa; N. Bulimia

nerviosa. Anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa; O. Trastorno de ansiedad generalizada; P. Trastorno antisocial de la personalidad.

Los autores comunican “que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta” (Ferrando et al., 2000, p.4), y su empleo depende del objetivo de la investigación (Galli, Feijóo, Roig y Romero, 2002). Exploraron la fiabilidad, la sensibilidad (la probabilidad de diagnosticar con exactitud a las personas que tienen el trastorno; Sheehan, et al., 1997) y la especificidad (probabilidad de diagnosticar con exactitud a las personas que no tienen el trastorno; Sheehan, et al., 1997) entre otros aspectos. Lo anterior se llevó a cabo mediante análisis realizados versus dos de las entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas validadas como la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI; OMS, 1990) en una población clínica y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID; Spitzer, Williams, Gobbon & First, 1990).

Para su fiabilidad se basó en la concordancia observada mediante valores kappa, el cual “proporciona una medida de concordancia corregida por azar” (Sheehan, et al., 1997, p. 234). De acuerdo a los autores, basados en Cohen (1960), los valores iguales o mayores a 0.75 indican una excelente concordancia, los valores iguales o inferiores a 0.40 muestran deficiencia, y los valores intermedios indicarían una buena concordancia sobre los ajustes del efecto del azar (Sheehan, et al., 1997). Los valores *kappa* oscilaron entre 0.79 a 1.00 (Broner et al., 2002). Para la fiabilidad interobservador el valor fue de 0.75, mientras que la fiabilidad test-retest fueron menores a 0.75 (Sheehan et al., 1997; Broner et al., 2002). No obstante, los autores manifiestan que el haber usado un entrevistador diferente en la segunda administración pudo haber atenuados los resultados (Sheehan et al., 1998; Broner et al., 2002).

En cuanto a la sensibilidad del M.I.N.I. para los trastornos del eje I con respecto al SCID, varió de 0.45 a 0.96 mostrando sensibilidad de 0.70 o más para todos menos tres de los módulos (distimia, trastorno obsesivo compulsivo y drogodependencia actual); alcanzó una especificidad de 0.85 o superior en todos los módulos. En cuanto al CIDI como criterio, la sensibilidad del M.I.N.I. fue de 0.70 o mayor para todos menos cuatro módulos (trastorno de pánico, agorafobia, fobia simple y bulimia de por vida), y alcanzó especificidad de 0.70 o mayor para todos los módulos (Broner et al., 2002). En Colombia esta escala ha sido aplicada en víctimas del conflicto armado como se expone en los estudios de Londoño, et. al (2005) y Ramírez-Giraldo, et al. (2017), permitiéndoles señalar la vulnerabilidad de las víctimas ante el desarrollo de posibles trastornos mentales (Londoño et al., 2005).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Scales of Psychological Well-Being, SPWB).

La versión original fue presentada por Ryff (1989) de 20 ítems por escala. A lo largo del tiempo se han ido efectuando versiones más cortas con el propósito de obtener una medida del bienestar psicológico más rápida. Las dimensiones que componen el bienestar psicológico son: (a) auto-aceptación (evaluación positiva sobre sí mismo); (b) relaciones positivas con otros (necesidad de sostener relaciones sociales con los demás), (c) autonomía (autorregulación de la propia conducta y oposición ante la influencia social); (d) dominio del entorno (sentimiento de influencia y control sobre el entorno); (e) propósito de vida (metas del sujeto que ayuden a darle sentido a su experiencia vital); y (f) crecimiento personal (Preocupación o empeño en por desarrollar capacidades desplegar al máximo las potencialidades (Aranguren & Irrazabal, 2015).

Se empleó para esta investigación la versión en español de 29 ítems realizada por Díaz et al. (2006) la cual “se encuentra subsumida en la versión de 39 ítems de van Dierendonck (2005)” (p. 78). Estos autores adaptaron la escala para aplicarla a una población española, donde la versión de 39 ítems mostró “niveles de ajuste insatisfactorios” (Díaz et al., 2006, p. 76). La escala mostró una buena consistencia interna con valores α de Cronbach que oscilaron entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (Crecimiento personal). Los autores indican que esto puede estar relacionado con las características de los sujetos de la muestra. Por esta razón, se inició en la construcción de una versión nueva y reducida con 29 ítems tomados de los originales, que mostraron “buenos indicadores de ajuste al modelo de seis factores y un factor de segundo orden.” (Aranguren & Irrazabel, 2015, p. 76), con esta versión actualizada y breve los niveles de consistencia interna se mantuvieron e inclusive mejoraron mostrando un α de Cronbach 0,84 a 0,70 y un nivel de ajuste considerado excelente en comparación con el modelo propuesto por Van Dierendock (2005) (Díaz et al., 2006).

En Colombia este instrumento ha sido previamente empleado en estudios con población desplazada forzada en el Departamento del Atlántico y en Barranquilla como se observa en Cardozo et al. (2017), Abello-Llanos, et al. (2009), María-Santodomingo y Cortés-Peña (2017), arrojando un alfa de Cronbach de 0,682, 0,73 y 0,754 respectivamente, al igual que una buena consistencia interna para las dimensiones que comprende este constructo como se observa en el trabajo de Rodríguez (2013).

Escala de Bienestar Social de Keyes (Social Well-Being Scales).

Keyes (1998), desarrolló un instrumento conocido como «Escalas de Bienestar Social» (Social Well-Being Scales), para evaluar las cinco dimensiones teóricas del bienestar social

planteadas por él, las cuales son: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. Blanco y Díaz (2005), realizaron un estudio con el propósito de optimizar la consistencia interna de esta escala, así como adaptarla al español en una muestra de 469 sujetos. Los coeficientes α de las Escalas de Bienestar Social estuvieron entre 0,68 y 0,83. En general la escala española muestra mayor consistencia interna, donde se resalta la aceptación social, actualización social y coherencia social.

Blanco y Díaz (2005), indican que en su estudio se evidenció una mayor consistencia interna en comparación con los estudios de Keyes (1998). En tres de las cinco dimensiones, las cuales son: coherencia social, aceptación social y actualización social, obtuvieron valores aceptables, es decir, 0,83 para aceptación social, 0,79 para actualización social, y 0,68 para coherencia social. Las demás dimensiones (integra integración social y contribución social) presentaron una consistencia interna parecida o menor, pero siempre con valores comparativamente aceptables. La validez factorial de la Escala de Bienestar Social fue demostrada mediante análisis factorial confirmatorio y por medio del modelo teórico de cinco factores propuesto por Blanco y Díaz (2005), arrojando niveles de ajuste congruentes con los datos.

La adaptación al español quedó con un total de 25 ítems con formato de respuesta de categorías ordenadas y valoraciones que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). La escala finalmente quedó compuesta de la siguiente forma:

Integración Social: Valoración sobre la calidad de las relaciones sociales (5 ítems); **Aceptación Social:** Seguridad y admisión sobre expresiones positivas hacia los demás, y asentimiento hacia los atributos positivos y negativos de la experiencia vital de la persona (6 ítems); **Contribución Social:** Sensación de ser valioso ante la sociedad, y que puede brindarle utilidad

a la misma (5 ítems); Actualización Social: consideran tanto a la sociedad como a las demás instituciones que la integran como agentes dinámicos que apoya a los sujetos para su propios beneficios e involucra confianza en el avance y en el desarrollo social (5 ítems); y Coherencia Social: entendimiento sobre el funcionamiento de la sociedad, sus condiciones, distribución y características e incluye la preocupación por conocer lo que acontece en su realidad (4 ítems; Blanco y Díaz, 2005). En estudios en Colombia como los de Cardozo et al. (2017), Abello-Llanos, et al. (2009) y María-Santodomingo y Cortés-Peña (2017) con población desplazada forzada los resultados de consistencia interna fueron de $\alpha= 0,686$, $\alpha=0,70$ y $\alpha= 0,679$ respectivamente, y buenos niveles de confiabilidad para cada dimensión como se expone en Rodríguez (2013).

Escala de Satisfacción con la vida (Bienestar Subjetivo).

Escala creada por Diener et al. (1985), traducida al español y validada por Atienza et al. (2000) en una muestra de adolescentes, y también validada con mujeres embarazadas y puérperas por Cabañero et al. (2004) ($\alpha= 0,82$). Está constituida por cinco ítems, con excelentes propiedades psicométricas (Atienza et al., 2000) Es una escala de bienestar subjetivo que evalúa una única dimensión denominada *Satisfacción con la Vida*. Dentro de la escala se muestran opciones de respuesta que oscilan entre 1 a 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. En el estudio de Atienza et al. (2000), la escala mostró en su índice de fiabilidad (Alpha de Cronbach), muy buena consistencia interna ($\alpha= 0,84$).

Para esta escala se recomienda preguntar sobre una valoración global de la vida de las personas, en lugar de sumar la satisfacción por medio de dominios específicos para obtener una medición de satisfacción general (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000). Por lo tanto,

esta escala de cinco ítems “evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida” (Atienza et al. 2000, p.316), asumiendo una estructura monofactorial, resultando la más adecuada dentro del análisis factorial exploratoria de esta escala, de acuerdo a los autores. En los estudios de Cardozo et al (2017), Abello-Llanos, et al. (2009) y Rodríguez (2013), la aplicación de este instrumento en las víctimas de desplazamiento forzado en Barranquilla, Colombia, mostró buenos niveles de confiabilidad.

Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M).

Londoño et al. (2006) realizaron modificaciones a la Escala de Estrategias de *Coping* (EEC-R), versión de Chorot y Sandín (1993) quienes realizaron una modificación de la escala de Modos de Afrontamiento (del inglés Ways of Coping instrument, WCI) de Lazarus & Folkman (1984). Londoño et al. (2006) identificaron las propiedades psicométricas y la validez de la escala en una muestra colombiana. Efectuaron un análisis factorial exploratorio de la aplicación de la escala donde reagruparon los ítems en 12 factores, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,847 para la prueba definitiva.

Esta escala inicialmente fue compuesta con 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, rango de frecuencia de 1 a 6 desde *Nunca* hasta *Siempre* con la evaluación de 14 factores. De los 98 ítems, fueron suprimidos 29 ítems por no cumplir con los criterios considerados para la elección. Al final, por medio del análisis factorial se reagruparon las estrategias en 12 factores: solución de problemas (SP, $\alpha= 0,860$), búsqueda de apoyo social (BAS, $\alpha= 0,905$), espera (ESP, $\alpha= 0,844$), religión (REL, $\alpha= 0,890$), evitación emocional (EE, $\alpha= 0,827$), búsqueda de apoyo profesional (BAP, $\alpha= 0,880$), reacción agresiva (RA, $\alpha= 0,832$), evitación cognitiva (EC, $\alpha= 0,782$), reevaluación positiva (RP, $\alpha= 0,802$), expresión de la dificultad de

afrontamiento (EDA, $\alpha= 0,689$), negación (NEG, $\alpha= 0,651$), y autonomía (AUT, $\alpha= 0,712$); quedando 69 ítems en total (Londoño et al., 2006).

Aunque la escala no hace una distinción explícita entre las estrategias activas y pasivas, esta tesis muestra una división de los factores considerados activos y pasivos/evitativos, basados en las definiciones de cada factor o estrategia expuestas en el artículo de Londoño et al. (2006). Cabe agregar que la escala ha sido aplicada anteriormente en estudios con víctimas de violencia sociopolítica como se expone en Hewitt et al. (2016) y Barrera et al. (2015).

Procedimiento.

El análisis de la exploración (ver resultados fase I) permitió la construcción del *Programa de Intervención Psicosocial en Afrontamiento Activo en Desplazados* (PIPAAD; ver en anexo N el programa), que dentro de la propuesta de intervención de Mayo y La France (1980), muestra el paso que se da entre la *Construcción del Conocimiento Psicosocial* hacia la *Utilización del conocimiento*, teniendo como adaptador el análisis del sistema y la definición del rol. Igualmente, este paso contiene la segunda fase de planificación del modelo psicosocial, dando cumplimiento al primer objetivo de la fase cuantitativa: Diseñar el programa de intervención psicosocial en afrontamiento activo para la promoción de la salud mental en víctimas del desplazamiento forzado con TEPT.

Aquí se introdujeron a la psicoeducación y la lúdico-educación como herramientas de intervención (en la fase de diseño y ejecución) para el fortalecimiento de la salud mental mediante el afrontamiento activo. En el anexo O se encuentra la implicación de dimensiones de la salud mental y de las estrategias de afrontamiento en las sesiones del programa.

Para el cumplimiento del segundo objetivo de esta fase, el programa (antes de su implementación) fue enviado inicialmente a seis jueces expertos, en cuyos currículums se observa experiencia en el tema del desplazamiento forzado, salud mental y/o programas de intervención social. Sin embargo, respondieron un total de tres jueces (a nivel internacional y local; ver anexo P), quienes, mediante su criterio, validaron el contenido y la pertinencia del diseño del mismo. Para ello, analizaron el nivel de ajuste, formulación teórica y planificación diseñada. Enviaron retroalimentación relacionada a la formulación teórica y su vínculo con los objetivos, contenido y estructura general del programa, nivel de comprensión, redacción y desarrollo de las actividades/dinámicas, cuyas observaciones fueron tenidas en cuenta para su ajuste. Luego, se repitió el proceso de revisión varias veces hasta indicar validación del diseño.

Después, y para el cumplimiento del tercer objetivo de la fase cuantitativa se realizó la convocatoria donde se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para iniciar la implementación del programa. A quienes clasificaron se le aplicaron las escalas de bienestar y afrontamiento un mes antes de la implementación de la intervención (medición pre test) y al finalizar el programa se aplicó la medición post test para probar la efectividad del PIPAAD 15 días después orientados por el cuarto, quinto, sexto y séptimo objetivo. Posteriormente, se realizaron mediciones a los dos y seis meses después como medidas de impacto en el tiempo que respondieron al octavo, noveno, décimo y undécimo objetivo. Igualmente, con los datos obtenidos se respondió a las hipótesis de trabajo. No obstante, se inició realizando el *Análisis Factorial Confirmatorio* (AFC) desde el AMOS versión 21, y el análisis de fiabilidad mediante el *Alfa de Cronbach*, necesarias para la validez de constructo y consistencia interna de los instrumentos. Seguido a ello fueron sometidos a prueba las hipótesis de trabajo empleando el *MANCOVA* (Análisis Multivariante de la Covarianza), como técnica estadística

desde el programa estadístico SPSS versión 21, para responder sobre la existencia o no de diferencias significativas que pudieran dar cuenta sobre la eficacia del programa en las mediciones pre-post test y seguimientos. Esta es una técnica estadística extensión del ANCOVA (Análisis de la covarianza). De acuerdo a Luque & Ibáñez (2000), el MANCOVA es:

(...) un modelo basado en la hipótesis de que el valor de una o varias variables dependientes métricas está determinado por el de un conjunto de variables explicativas, entre las que al menos una está medida en una escala métrica. Estas variables explicativas métricas son denominadas *covariables*. (Luque & Ibáñez, 2000, pp. 336)

En otras palabras, permite evaluar las diferencias estadísticas en múltiples variables dependientes por una variable o varias de agrupación independiente, mientras se controla por una tercera variable denominada la covariable, el cual es una variable independiente, métrica no controlada pero que incide en las dependientes (Luque & Ibáñez, 2000). En esta investigación permitió observar los efectos (diferencias significativas) producidos por las variables independientes (tiempo y grupo) sobre las variables dependientes (bienestar psicológico, subjetivo y social), que están condicionadas por un conjunto de variables explicativas denominadas covariables (estrategias de afrontamiento del EEC-M). Por último, se empleó la *prueba T de Student* para confirmación de resultados verificando la existencia de diferencias significativas en las medias pre-post test por grupo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fase I: Resultados de la exploración y discusión.

En principio, se describe de forma breve los datos sociodemográficos que acompañaron los hallazgos, teniendo en cuenta que los objetivos de esta fase se dirigen, especialmente, a la exploración cualitativa. Además, por sus semejanzas con los resultados del apartado de la fase II serán relacionados y discutidos en profundidad en esa sección. En segundo lugar, se tratarán los hallazgos de la exploración mediante el análisis de contenido cualitativo efectuado, donde se trianguló la información mediante las técnicas cualitativas empleadas y sirviendo como base para el diseño del programa. Los procesos y resultados expuestos aquí dan cumplimiento a los dos objetivos de la fase I.

Datos sociodemográficos e identificación del TEPT.

En esta fase asistió un total de 103 personas a las convocatorias, siendo 91 mujeres y 12 hombres. Para la adecuada realización de la exploración y selección de la población diana se empleó una encuesta de datos sociodemográficos, y luego fue aplicada la DTS como herramienta de identificación del TEPT de manera previa a la exploración cualitativa de manera que ayudará al cumplimiento del primer objetivo de esta fase: Identificar la presencia del TEPT en víctimas en condición de desplazamiento forzado ubicados en la ciudad de Barranquilla.

De acuerdo al punto de corte recomendado por los autores Davidson et al. (1997), se estableció la presencia del TEPT, como ha ocurrido en los estudios de Juárez y Guerra (2011), Guerra et al. (2013), Mendoza et al. (2013) y Villafañe et al. (2003). La escala mostró una alta

confiabilidad, arrojando un alfa de Cronbach de 0,941 para la puntuación global, 0,870 para frecuencia y 0,897 para gravedad, y para las dimensiones de la DTS: intrusión 0,902; evitación 0,852 y activación fisiológica (irritabilidad/hiper-alerta) 0,905.

Se halló que el 88,3% de los encuestados en las convocatorias fueron mujeres. También, que el 54% de los asistentes presentó el TEPT durante la última semana, de los cuales 50 eran mujeres y 6 eran hombres. La media de la frecuencia fue de 23,01 y de la gravedad de 23,51, mostrando que ambos índices presentan la misma importancia clínica de los síntomas reportados.

En cuanto a las dimensiones, se encontró que los síntomas evitativos son los que más se presentan en los individuos en general, presentando una media de 17,77, en comparación con las demás dimensiones (intrusión: 14,48; e irritabilidad/hiper-alerta: 14,34). La edad promedio de los participantes con TEPT fue de 43 años, con edad mínima de 21 y máxima de 78 años y la del total general fue de 42 años, con edad mínima de 19 y máxima de 78 años. El promedio del tiempo de desplazamiento fue de 13 años, con un mínimo de 2 años y un máximo de 30 años.

Los encuestados, en su mayoría, proceden de departamentos próximos al Atlántico, siendo poblaciones mayormente afectadas por el conflicto armado. Los porcentajes para quienes presentaron el TEPT fueron: Bolívar (34%); Magdalena (26%); Sucre (10%); Antioquia (8%); Córdoba (8%); Cesar (5%); Norte de Santander (3%); Santander (3%); Atlántico (2%); Arauca (1%); Chocó (1%).

Luego de la convocatoria, se contactó con las personas que evidenciaron el TEPT para dar inicio con la exploración (mediante las técnicas cualitativas de investigación) que permitiera la contextualización y análisis de la realidad contribuyendo al adecuado diseño del programa. Se

contó con la participación voluntaria de 32 personas. A estas se les comunicó los objetivos, confidencialidad de los datos recolectados y alcances de la investigación, y se obtuvo su aceptación y firma del consentimiento informado para la fase I.

Resultados del análisis de contenido cualitativo y discusión.

El análisis de la etapa de exploración se basó en la triangulación de los instrumentos y herramientas de recolección de información relacionados al segundo objetivo de esta fase. El análisis de contenido cualitativo ayudó a configurar seis categorías a las cuales se les denominó categoría de referencia inicial, pues, a pesar de que se fueron formando dentro del análisis, ya se tenían ideas a priori de los factores o agentes a encontrar, puesto que el contacto con los participantes en cada una de las actividades de la exploración lo permitió, así como el conocimiento basado en la revisión de estudios como el de Amarís et al (2016). Por lo tanto, el análisis de contenido ayudó a dar cuerpo a las ideas y definir a estas categorías. A continuación, se muestra en la tabla 11 la identificación de las categorías de referencia iniciales y sus correspondientes subcategorías que ayudaron a su construcción.

Tabla 11

Identificación de las subcategorías encontradas en el análisis de contenido.

	Nombre de las Categorías	CódC	Nombre de las Subcategorías	CódS.
	Tener un propósito de vida	1	Hijos como motor de vida	1.1
			Deseos de cumplir metas y superarse	1.2
Factores Protectores	Apoyo espiritual	2	Fortaleza en creencias espirituales	2.1
			Agradecimiento por las bendiciones recibidas	2.2
	Reevaluación positiva	3	Vecinos como red de apoyo	3.1
			Interés en recibir apoyo psicológico	3.2
			Cambios conductuales positivos a raíz del desplazamiento	3.3
			Conductas de distracción como formas de afrontamiento	3.4
	Dificultad en la autoaceptación	4	Subvaloración	4.1
			Sentimientos/conductas de aislamiento social	4.2
Factores de Riesgo	Sentimientos de poco dominio sobre el entorno	5	Desesperanza por sufrimiento pasado y presente	5.1
			Revictimización por parte del Estado	5.2
			Tristeza generada por el desplazamiento.	5.3
			Desconfianza	5.4
			Discriminación	5.5
			Falta de apoyo/conflicto familiar	5.6
	Conductas agresivas no adaptativas	6	Cambios conductuales negativos a raíz del desplazamiento	6.1
			Problemas de convivencia/revictimización comunitaria	6.2

Fuente: Tomado de Mayor et al. (2018, p. 177).

La presentación o formación final de estas categorías, revelaron características positivas y negativas que permitieron ser englobadas en factores protectores y factores de riesgo, exponiendo tanto los recursos psicosociales como el perfil psicosocial de la salud mental de los participantes, sirviendo de aporte al diseño del programa de intervención. Dentro de las categorías englobadas como factores protectores se encuentran: 1) Apoyo espiritual; 2) Reevaluación positiva; 3) Tener un propósito de vida. Por otro lado, las categorías 4) Conductas agresivas no adaptativas; 5) Sentimientos de poco dominio sobre el entorno; y 6) Dificultad en la auto-aceptación, fueron consideradas factores de riesgo (Ver figura 4).

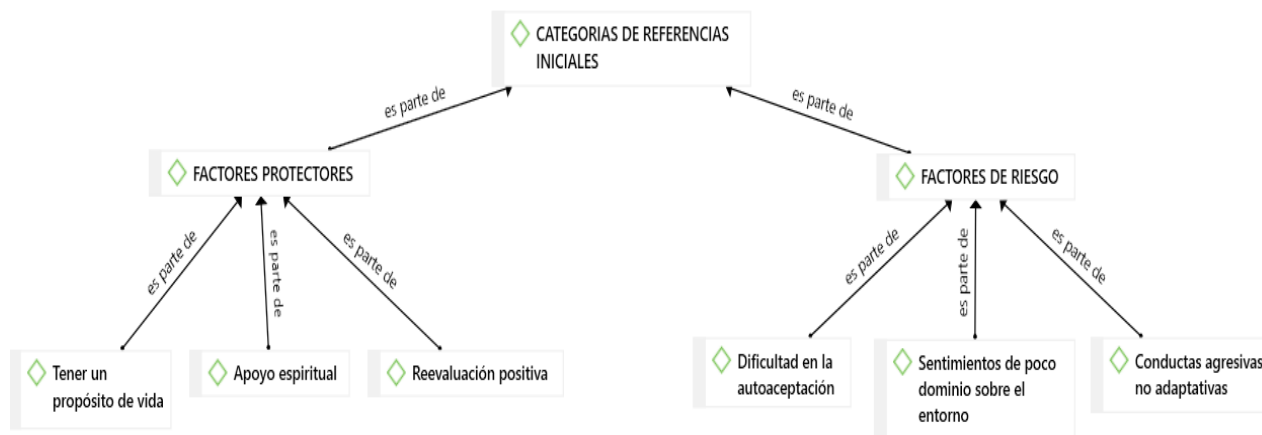


Figura 4. Mapa de las categorías de referencia iniciales en el ATLAS ti versión 8.0.

Categorías de referencia iniciales.

Las categorías conformadas son consideradas recursos psicosociales de los participantes para afrontar ante los problemas, reflejando características positivas o negativas en la adaptación, que posibilitaron agruparlas en factores protectores o en factores de riesgo, presentando relación con las posturas fatalistas y activas encontradas en la literatura del desplazamiento forzado. La descripción de los factores protectores y de riesgo se basan en Mayor et al. (2018).

Factores protectores.

Tener un propósito de vida.

Esta categoría consiste en las metas, intereses y objetivos manifestados por los participantes, que, en su mayor parte, los han impulsado a dotar de sentido su vida y seguir adelante. Esta categoría es el primer factor protector identificado. Entre las subcategorías se encuentran:

1) *Hijos como motor de vida*: durante toda la exploración se halló continua y explícitamente que los hijos son en gran parte la causa de sus luchas diarias; son las razones para seguir adelante. Los participantes quieren que sus hijos puedan obtener un título de educación superior, y quienes lo han logrado muestran orgullo de esto. Así mismo, quienes tienen hijos menores de edad indican que su mayor motivación es sacarlos adelante y que puedan superar la vida difícil que les antecede. Esta subcategoría se relaciona con los hallazgos de la revisión de Amarís et al. (2016), donde se muestra a los hijos como motivo para salir adelante señalándola como una postura activa para enfrentar la realidad.

2) *Deseos de cumplir metas y superarse*: Entre estos se encuentra: validar el bachillerato, crear un negocio, pagar la educación superior de sus hijos, estudiar una carrera de educación superior para dar ejemplo a su familia, lograr una mejor calidad de vida, superar el pasado adverso que vivieron y que sienten que no los deja progresar. Cabe agregar, que tanto las manifestaciones sobre el deseo de acompañamiento psicológico, sus disposiciones en el taller investigativo, como las actitudes en las entrevistas dan muestras de estos deseos.

Apoyo espiritual.

Se encontraron marcadas creencias religiosas/espirituales donde Dios fue nombrado en múltiples ocasiones, visto como una fuente de protección; así mismo, se observaron manifestaciones de una fuerte fe en la mayor parte de los participantes. Esta categoría se vincula a los señalamientos de Giraldo et al., (2008), Zuluaga (2016), Di-Colloredo et al., (2007), Gómez (2012), Hewitt et al. (2016), de la religión y/o apoyo espiritual como un factor protector en el contexto del desplazamiento forzado y uno de los recursos psicosociales mayormente empleados para enfrentar la realidad, resultando un gran apoyo emocional para

disminuir el estrés. Las subcategorías que se formaron a partir del análisis, y que ayudaron a su construcción son:

1) Fortaleza en creencias espirituales: Los participantes creen en un ser supremo al cual consideran como una compañía que los escucha y a quien depositan sus deseos, sentimientos y piden su protección. Indican que su fe en Dios les da fortalezas para sobrellevar los problemas de la vida diaria, así como fuerzas para tratar de superar hechos catastróficos como el desplazamiento, o la muerte de seres queridos a causa de la violencia socio-política.

2) Agradecimiento por las bendiciones recibidas: Los participantes afirman que han sido bendecidos por Dios al recibir su hogar en Villas de San Pablo, tener una nueva vida fuera de la zona conflictiva desde donde fueron desplazados, educación para los hijos, curarse de una enfermedad, o haber logrado una venta con la que se pudo llevar comida al hogar.

Dentro de la unidad hermenéutica se logró interpretar que las creencias en un ser supremo ayudan a soportar, a la mayor parte de los participantes, las situaciones adversas vividas tanto antes como luego del suceso adverso, y en el momento presente. Se cree que esto sucede ya que se experimenta la sensación de un apoyo superior, así como mantener la esperanza sobre la superación exitosa de obstáculos. Por las características anteriormente descritas, esta categoría es clasificada como factor protector.

Reevaluación positiva.

Esta categoría se relaciona con aquellos aspectos identificados en el análisis donde se resaltaron las actitudes o disposiciones positivas para afrontar los problemas, generados en el momento del desplazamiento o en el tiempo presente. Igualmente, la identificación de las herramientas para salir adelante, así como los recursos cognitivos propios de los participantes

hacen parte de la conceptualización de esta categoría y que presentan conexión con los planteamientos de Hewitt et al. (2016) y Amarís et al. (2016) donde dichas características se muestran como un factor protector. Las subcategorías que conforman la Reevaluación positiva y que se caracterizan como factores protectores son:

1) *Vecinos como red de apoyo*: los participantes consideran que conversar con sus aledaños los ha ayudado como forma de distracción ante los problemas, así mismo recibir beneficios materiales tales como alimentos o consejos sobre dificultades en el hogar o en la comunidad les da ánimos y fortaleza. Esta subcategoría apoya los planteamientos de Palacio et al. (2001), quien señala que la reciprocidad o intercambio de favores, sirve como medio de supervivencia y de afrontamiento de problemáticas, presentándose como un recurso para las víctimas.

2) *Interés de recibir apoyo psicológico*: Los participantes esperan orientación por parte de un profesional en psicología, algunos manifiestan no haber recibido suficiente apoyo psicológico, y otros nunca. Manifiestan sentirse agobiados por lo problemas en su familia y en su comunidad. Otros indicaron que han buscado ayuda psicológica en instituciones del Estado, pero las citas no fueron asignadas, o el tratamiento no se continuó por diversas razones lo que creó desánimo en los participantes. En conclusión, desean contar con las herramientas intrínsecas para enfrentar adecuadamente las dificultades de la vida diaria, estar más fortalecidos, tomar mejores decisiones que ayuden a manejar los conflictos de mejor forma en su comunidad y en la familia, especialmente con sus hijos.

3) *Cambios conductuales positivos a raíz del desplazamiento*: los participantes indican sentirse más fuertes ante la adversidad, algunos refieren estar más unidos a sus familias, y pasar a ser un poco más sociable con la gente.

4) *Conductas de distracción como formas de afrontamiento*: Los participantes indican emplear comportamientos que los han ayudado a sentirse mejor cuando se encuentran tristes o han vivenciado recientemente un suceso negativo. Algunas conductas referidas por ellos son: salir a la calle, conversar con los vecinos, tomar una ducha, tejer, ver televisión, leer, aprender cosas nuevas por internet o leer la biblia.

Factores de riesgo.

Dificultad en la auto-aceptación.

Esta categoría se caracteriza por las dificultades de los participantes para resaltar sus propias cualidades positivas y fortalezas como ser humano. Así mismo, se observó dentro del análisis una subestimación sobre sus propias capacidades intelectuales relacionadas a su nivel de educación. Es decir, el hecho de que la mayoría no haya culminado la secundaria, o realizado un estudio profesional los intimida ante el mundo laboral, al igual que la experiencia discriminatoria vivida cuando se encuentran en la búsqueda de trabajo, sea por su condición de desplazados o por su bajo nivel de estudios.

Por su parte, los sentimientos generados por los recuerdos del desplazamiento, y las problemáticas actuales: familiares, comunitarios o sociales, hacen que las personas se sientan solas, o se aíslen como una forma de preservar bienestar, pero conllevándolo a limitar la relación con los demás y reafirmar los sentimientos de estar solo en el mundo, lo que puede afectar la concepción positiva sobre sí mismo. Estas características se relacionan a los señalamientos de Campo-Arias et al.(2014), quienes revelan que el desplazamiento afecta negativamente la autoestima. Así mismo, se conecta con los planteamientos de Amarís et al. (2016), donde se muestra a la subvaloración, el debilitamiento de la autonomía, y de la

autoconfianza como posturas de riesgo que afectan el bienestar en las víctimas. Las subcategorías que constituyen la dificultad en la auto-aceptación y que son consideradas factores de riesgo son:

1) Subvaloración: Los participantes, en general, manifiestan no contar con las suficientes herramientas intelectuales para alcanzar una vida exitosa o un buen trabajo, ya que muchos no lograron culminar sus estudios primarios o secundarios. Igualmente, algunos se consideran “brutos” por venir del campo, sienten que las personas se burlan de ellos por su nivel de educación, por sus características culturales, sumándose a todo ello ser afectados por el estigma social de ser desplazados. Por otro lado, se sienten mal consigo mismo al no tener el bienestar que les ofrecía la vida en el campo y los trabajos que hacían en sus tierras, mostrándose decepcionados por lo poco que han logrado actualmente, por ejemplo: uno de los participantes que trabaja en el reciclaje, siente que ha caído bajo al dedicarse actualmente a lo que hace.

2) Sentimientos/conductas de aislamiento social: Los participantes, en general, cuentan sentirse solos, pues los actuales problemas comunitarios y conflictos familiares los hacen sentir de esta forma (no son escuchados o comprendidos, solos contra el mundo). Así mismo, se suma la desconfianza hacia las personas, generadas por las situaciones vividas en su desplazamiento y por los problemas comunitarios. Se considera, que los sentimientos de soledad y/o aislamiento se relacionan mayormente con la percepción de contar con pocas herramientas intrínsecas para resolver la adversidad, lo que afecta su autoestima. Por ello, aunque puede ser relacionada a la categoría de Sentimientos de poco dominio sobre el entorno, se considera más un aspecto de la autoestima que debe ser orientado para un mejor manejo del

sentimiento y las conductas solitarias, pues se cree que, si se fortalece la autoestima, el sentimiento de soledad y las conductas de aislamiento disminuirán.

Sentimientos de poco dominio sobre el entorno.

Los participantes en general, comunicaron sentimientos de falta de control sobre los acontecimientos externos. Es decir, creen tener poco o ningún poder para cambiar las situaciones adversas, pues perciben que la presión externa sobrepasa sus capacidades para ser manejada con sus propios recursos.

Todo esto se relaciona con el estigma-discriminación social experimentada expuesto por Campo-Arias et al. (2014), e igualmente con los sentimientos de tristeza, desesperación, añoranza sobre la vida pasada, acompañado por la creencia del incongruente funcionamiento social y creencia de la poca capacidad de cambiar el rumbo de las cosas nombrados por Amarís et al. (2016), consideradas como posturas fatalistas que implican el bienestar psicológico. Por ello esta categoría es englobada dentro de los factores de riesgo. Las subcategorías conformadas son:

1) Desesperanza por sufrimiento pasado y presente: Se observa que los individuos se sienten desalentados y pesimistas sobre su futuro, relacionado con lo vivido antes y después del desplazamiento. El sentimiento de desesperanza también se vincula con el asesinato de parientes a causa de la violencia sociopolítica, influyendo en pensamientos negativos sobre la vida en general. Sienten que su vida se traduce en sufrimiento.

Entre las manifestaciones de desesperanza declaradas por ellos se encuentran: limitantes para obtener trabajo por su edad; pérdidas de bienes luego de años de trabajo en el campo (muchos manifiestan bienestar material y emocional antes del desplazamiento); tener un

empleo no deseado (vender chicha y pan o dedicarse a reciclar para su sostenimiento); múltiples desplazamientos sufridos (en algunos casos); la pobreza en la que continúan viviendo y que consideran peor que en el campo; las enfermedades y/o infartos padecidos por ellos o por sus familiares luego del evento traumático del desplazamiento; problemas familiares y de pareja; sentimiento de persecución y metas frustradas. Aunque indican que tratan de superarse y seguir adelante, los afecta en gran medida la revictimización por parte de la comunidad (por problemas de agresión física y verbal) así como por parte de otros agentes externos.

2) *Revictimización por parte del Estado:* Los participantes exponen la falta de compromiso por parte de las instituciones del Estado que deben prestar asistencia a las víctimas del desplazamiento, pues aunque han recibido algunos beneficios, han tenido que luchar demasiado para obtenerlos, ya que los procedimientos legales para la entrega de los auxilios toman un largo tiempo, y muchas veces estos no han sido entregados de forma completa, haciéndolos sentir desamparados y recordándoles su condición de víctimas. Esto señalamientos presentan relación con los antes indicado en el marco teórico por el CNMH (2015), quienes manifiestan los trámites burocráticos del Estado generan revictimización en las personas desplazadas, generando sentimientos de humillación y menos valía. Cabe agregar, que el trato hacia ellos es poco cordial y carecen de información básica, por lo que las pocas sugerencias o instrucciones dadas no son de gran impacto para ellos. En cuanto al sistema educativo, indican que sienten limitantes para acceder a éste, y por lo tanto llegar a la educación superior se les convierte en un gran reto.

3) *Tristeza generada por el desplazamiento:* La nostalgia sobre la vida antes del desplazamiento, la muerte de seres queridos, decepción sobre su realidad, escases económica,

continuar trabajando duro a pesar de su edad, la falta de apoyo por parte de la familia y/o del Estado, problemas de pareja, problemas comunitarios y sensación de soledad, producen los sentimientos de tristeza. Así mismo, estas impresiones pueden aparecer en cualquier momento sin razón aparente.

4) *Desconfianza*: este sentimiento es dirigido, en mayor parte, hacia la comunidad, debido a las disputas entre vecinos, conductas de aislamiento, conductas agresivas, diferencias culturales, drogadicción, chismes y robos. Se considera que, por estas razones, las conductas son más defensivas y agresivas a nivel comunitario.

5) *Discriminación*: Se encontraron diferentes vivencias y formas de discriminación: intolerancia por parte de la comunidad por su procedencia y acento, discriminación por su color de piel, exclusión por parte de la sociedad, dificultades para ser empleado por su condición o por su nivel educativo. Aquí se vincula es estigma-discriminación tratado por Campo-Arias et al. (2014), y el estigma relacionado al lugar de expulsión informado por el CNMH (2015).

6) *Falta de apoyo/conflicto familiar*: En general, los participantes sienten que sus parejas no les brindan el apoyo emocional y económico que ellos necesitan. Así mismo, perciben lejanía, poca comunicación y/o falta de apoyo económico por parte de sus familiares. Se suman los problemas con sus hijos: rebeldía y exigencias sobre una mejor calidad de vida. Por estas razones se refleja una carga emocional que los hacen sentir desamparados. Estas características son expuestas como consecuencias comunes del desplazamiento, llegando a generar deterioro social que afecta la dinámica familiar produciendo relaciones familiares conflictivas o fragmentadas (Camilo, 2000; Páez et al., 2011; Campo-Arias et al., 2014).

7) *Carga emocional /trabajo duro*: Los participantes sienten una mayor carga emocional al sentirse responsables del bienestar de su familia. Como ejemplo se encuentra: el cuidado de los padres enfermos que empeoraron su condición a raíz del desplazamiento; realizar trabajos complejos e incómodos para ellos; seguir trabajando a pesar de tener una edad avanzada; la crianza y educación de los hijos; hacer el papeleo para declararse como desplazado y obtener beneficios; problemas para conciliar el sueño por preocupaciones económicas; y estimular a la pareja para salir adelante a pesar de su actitud poco solidaria.

Conductas agresivas no adaptativas.

En esta categoría se refleja la dificultad de los participantes para manejar problemas, revelando conductas agresivas e impulsivas ante la sociedad en general, que, podrían ser vistas como comportamientos defensivos ante las vivencias del día a día, pero tienden a ser conductas agresivas malignas o destructivas (Fromm, 1975) o no adaptativas porque se sobrepasan los límites donde se transgrede verbal y/o físicamente de forma recurrente. En algunos casos se dan amenazas de muerte con la exhibición explícita de armas de fuego, o golpes entre vecinos por interrumpir la tranquilidad del otro (por ejemplo, escuchar música con un alto volumen en horas no apropiadas), mostrando apatía y falta de respeto hacia los demás. De acuerdo a Camilo (2000), “la escasa tendencia a la organización y vínculos comunitarios frágiles son factores de riesgo” (p. 19).

En este caso, las conductas de destructividad hacia los demás muestran dificultad para conciliar conflictos que ayuden a mejorar la convivencia comunitaria. Se considera que estas reacciones replican la violencia experimentada en el desplazamiento, reproduciéndola en su vida diaria, como una forma de defensa ante la vida que afecta negativamente las relaciones, y

que se muestran como posturas fatalistas (Amarís et al., 2016). Las subcategorías que la componen son:

1) *Cambios conductuales negativos a raíz del desplazamiento*: Las conductas de muchos participantes se tornaron más rudas, actuando, casi siempre, de forma defensiva con su familia, comunidad y la sociedad en general. Algunos manifestaron haber cambiado su actitud ante la vida, pasando de la tranquilidad y alegría a la angustia, el temor, el aislamiento y la agresividad. Según Camilo (2000), los bajos niveles de seguridad, del nuevo sitio de asentamiento y las escasas condiciones socioeconómicas y políticas influyen en las conductas o reacciones agresivas y de apatía, lo que podría explicar el comportamiento violento.

2) *Problemas de convivencia/Revictimización comunitaria*: Se resaltan problemas en la convivencia comunitaria en las que se mencionan: la intolerancia (relacionada con diferencias culturales), agresiones físicas y verbales, amenazas de muerte (en algunos casos con armas blancas o de fuego en la mano), sentimientos de estar siempre a la defensiva con la gente, y una mala comunicación que, en algunos casos, ha llevado al aislamiento. Por otro lado, existen problemas de robos y drogadicción vinculados a los factores de riesgo del desplazamiento (Restrepo-Espinosa, 2012).

Relación entre las categorías de referencia iniciales y otras investigaciones.

Las relaciones encontradas entre la exploración y otros estudios con víctimas de violencia sociopolítica señalan recursos psicosociales que afectan de forma positiva o negativa la salud mental. Investigaciones como las de Amarís et al. (2016) quienes llevaron a cabo una revisión sistemática sobre estudios del bienestar en víctimas de desplazamiento presentan similitudes con los resultados obtenidos, por lo que su trabajo fue tomado como punto de referencia para

comparar los datos (ver tabla 12). No obstante, también se revisaron otros estudios que sirvieron para apoyar la información obtenida en la exploración y que complementan el análisis de esta sección.

En el trabajo de Amarís et al. (2016) se revelan posturas activas en el empleo de los recursos psicosociales de las víctimas de violencia socio-política como los son “el significado de los hijos, quienes son el motivo para salir a trabajar, buscar sentirse mejor e inclusive pensar en posibilidades futuras de progreso y estabilidad” (p.219); la espiritualidad que sirve como apoyo o amortiguador del trauma y del estrés de la vida cotidiana; y la valoración de recursos familiares e institucionales que pueden estar a su alcance, mostrándose abiertos y flexibles ante la búsqueda de soluciones (Amarís et al., 2016).

Sobre el apoyo espiritual o religión, Giraldo et al., (2008), Zuluaga (2016), Di-Colloredo et al., (2007) y Gómez (2012), la señalan como un factor protector en el contexto del desplazamiento forzado y cuyo recurso sirve como fuente de tranquilidad ante la adversidad. Así mismo, el estudio de Hewitt et al. (2016) con víctima del conflicto armado reveló que la religión fue uno de los recursos psicosociales mayormente empleados para afrontar la realidad, resultando un apoyo emocional para reducir el estrés. La religión fue relacionada en estos estudios con el sentido de vida, y la valoración de las experiencias pasadas y de los recursos disponibles. Sin embargo, en esta exploración, al igual que las investigaciones revisadas por Amarís et al. (2016), son los hijos la base del propósito vital pues la familia presenta un gran significado y peso para las víctimas, aunque se reconoce al apoyo espiritual como uno de los recursos disponibles que afectan positivamente e influye en la reevaluación positiva de los recursos y de la vida misma, mostrándose como un recurso importante para el bienestar.

Sobre la reevaluación positiva se hallan dos aspectos en común con los resultados de diferentes estudios en el contexto del conflicto armado. El primero se relaciona con la subcategoría de vecinos como red de apoyo donde estudios como los de Ruano (2013) y Palacio et al., (2001), exponen que las nuevas redes sociales construidas en el nuevo lugar de asentamiento pueden generar lazos de solidaridad y apoyo mutuo, a pesar de los conflictos que puedan llegarse a generar en la convivencia.

En el caso de la investigación de Palacio et al. (2001), se encontró que la reciprocidad o intercambio de favores (generalmente sobre necesidades básicas concernientes a la comida y enfermedad), sirvió como medio de supervivencia y de afrontamiento de problemáticas. En otras palabras, hallaron que “la reciprocidad es básica para el equilibrio y sostenimiento de un grupo o comunidad en situaciones críticas” (Palacio et al., 2001, p.526). Por lo tanto, la reciprocidad dentro de la comunidad también se presenta como un recurso para las víctimas.

El segundo aspecto trata sobre la reevaluación de los recursos como se expone en el estudio de Abello-Llanos et al. (2009). En este hallaron que los propósitos y planes de vida ayudan a apreciar positivamente la vida, sirviendo como amortiguadores del dolor, que pueden considerarse como conductas de distracción. Además, los autores concluyen que el estudio evidenció indicadores de Salud Mental que permanecen en las víctimas como ocurrió en los resultados de la presente investigación.

Ahora bien, las anteriores características revelan aspectos comunes sobre diversas investigaciones del conflicto armado que se muestran como posturas activas revelando estrategias de afrontamiento activo que coinciden con los factores protectores configurados: *Tener un propósito de vida, Ayuda espiritual y reevaluación positiva.*

Por otro lado, Amarís et al. (2016) también trata sobre las posturas fatalistas que apuntan al debilitamiento de la autoestima, autonomía e identidad, sentimientos de tristeza, desesperación y añoranza sobre la vida pasada, acompañadas por la creencia del incongruente funcionamiento social y afirmación de la poca capacidad de cambiar el rumbo de las cosas.

Bello (2004) y Londoño et al. (2011), manifiestan a partir de los resultados de sus investigaciones que el sentimiento de desamparo y pérdida del sentido de vida, nostalgia, rabia, miedo entre otros sentimientos negativos son comunes en las víctimas de desplazamiento forzado, afectando su autoestima, el control sobre su vida y sus conductas. Así mismo, Falla, Chávez y Molano (2003) indican que el estrés postraumático evidenciado en los desplazados empeora las condiciones de vida, afecta la valoración sobre sí mismo, quebranta las redes sociales y afectivas, entre otros asuntos.

En cuanto a los sentimientos de revictimización por parte del Estado englobado en la categoría de *Sentimiento de poco dominio del entorno*, se halla que las distintas entidades sociales, son percibidos de manera no significativa o no adecuada por parte de las víctimas (González, 2004), debido a la realidad hallada en la pobreza, vulnerabilidad y la negación de los derechos que apuntan a la desprotección del Estado (Gómez, 2007), sumándose sus procesos burocráticos que generan sentimientos de humillación (CNMH, 2015). Además, se halla “la falta de asistencia y de protección social y la ausencia de políticas y mecanismos para garantizar la inclusión económica, social y política de este tipo de poblaciones” (Gómez, 2007, p. 43). Cabe agregar, que estudios como el de Castrillón-Guerrero et al., (2018), muestran que ante la revictimización del Estado la religión se convierte en un medio para obtener justicia. Así mismo, se evidencia que las nuevas redes sociales construidas durante el proceso

migratorio, pueden generar peleas, desconfianzas y competencias (Ruano, 2013), así como sentimiento de revictimización comunitaria.

Además, la discriminación también es un aspecto relacionado a la revictimización, pues como indica Campo-Arias et al. (2014) esta conducta genera segregación en las víctimas, ocasionando un impacto psicosocial al estigmatizar sus comportamientos, creando desigualdades e injusticia que afectan como agente estresor.

Acerca de la carga emocional/ trabajo duro (descrita en la exploración) también se muestra como punto en común con otras investigaciones en el contexto del conflicto armado, implicando cambios en la dinámica familiar y generando sentimientos negativos que generan una carga en las víctimas que pueden llegar a fragmentar sus relaciones familiares. Aunque la dimensión familiar tiene un gran significado y peso para los individuos (como se observa en el propósito de vida donde los hijos como principal motivo de superación), el desplazamiento la afecta de manera profunda, invirtiéndose roles y creando limitantes en la calidad de vida, generando sentimientos negativos como la tristeza y la incertidumbre (Gómez, 2007; Amarís et al. 2016). Además, los efectos del desplazamiento ejercen su acción, produciendo segregación social y problemas de convivencia que debilitan la cohesión social y por ende la dinámica social (Ramos, 2018).

En el plano laboral se crean limitantes que afectan los roles familiares de los desplazados, produciendo cambios. Por ejemplo, tanto mujeres como hombres intentan trabajar para proveer su hogar (Ruano, 2013; Mertens, 2004; Gómez, 2007). No obstante, es más probable que las mujeres encuentren trabajo en el sector urbano que los hombres, pues la experiencia de ellas sobre los oficios domésticos se convierte en una fuente de trabajo en la ciudad. En cambio, oficios como la agricultura y la ganadería, que generalmente ejercían los hombres en

el campo, no representan ninguna utilidad en la ciudad, por lo que algunos hombres regresan al campo y las mujeres deben asumir el papel de cabeza de hogar (González, 2004; CNMH, 2015), lo que produce mayor responsabilidad y por ende mayor carga emocional.

Cabe agregar, que las oportunidades laborales no son suficientes, y por la condición de desplazamiento muchas veces estas son negadas. Por ello, las víctimas recurren a trabajos informales como forma de rebusque para su subsistencia siendo la situación de gran parte de la población desplazada, quienes además deben lidiar con la discriminación, la economía formal, y luchar por espacios para la venta informal como la calle o plazas de mercado (Ruano, 2013), considerándose un trabajo difícil (duro), que implica mayor carga emocional.

Con respecto a las conductas agresivas Di-Colloredo et al., (2007) explican que la “hostilidad, desconfianza, impulsividad, aunque reiteradas, son respuestas de protección alimentadas por el miedo” (p.127), y que en este contexto pueden producirse por los bajos niveles de seguridad, las características del nuevo sitio de asentamiento y/o las escasas condiciones socioeconómicas y políticas (Camilo (2000).

Las anteriores posturas se vinculan a los factores de riesgo hallados, donde se configuraron las categorías: *Dificultad en la auto-aceptación* (subvaloración); *sentimiento de poco dominio sobre el entorno* (desesperanza y sentimiento de revictimización por parte del Estado); y *conductas agresivas no adaptativas* (dificultades en el manejo de las relaciones sociales-problemáticas comunitarias). Las categorías obtenidas también son coherentes con los planteamientos de Londoño et al. (2011) y Abello-Llanos et al. (2009), quienes manifiestan que dichas posturas están relacionadas con el trauma del propio sujeto. Por lo tanto, se permite plantear que estas actitudes o posturas fatalistas son comunes entre las víctimas.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

De acuerdo a lo anterior, se observa que las víctimas de violencia sociopolítica presentan un patrón común de recursos psicosociales que emplean para afrontar la adversidad. Estos recursos o estrategias pueden ser usados desde posturas activas que son vinculadas aquí a los estilos de afrontamiento activo que contribuyen a la salud mental; y desde posturas fatalistas relacionadas con los estilos pasivos de afrontamiento.

Tabla 12
Relaciones entre las posturas y categorías de referencia iniciales.

Categorías de referencia inicial (Mayor et al. 2018).	Hallazgos en la literatura del desplazamiento Amarís et al (2016)	Tipo de postura (Amarís et al, 2016)	Tipo de Factor (Mayor et al. 2018).
Tener un propósito de vida (Hijos como motor de vida, deseos de superación (metas).	Hijos, como motivo para salir a trabajar, buscar sentirse mejor, pensar en posibilidades futuras de progreso y estabilidad	Activa	Protector
Apoyo espiritual (Fortaleza en creencias espirituales, agradecimiento por las bendiciones recibidas).	Espiritualidad (creencia en Dios como fuente de tranquilidad y agradecimiento), que sirve como apoyo o amortiguador de la experiencia del trauma, así como también del estrés de la vida cotidiana.	Activa	Protector
Reevaluación positiva (Vecinos como red de apoyo, deseos de apoyo psicológico, cambios conductuales y de vida positivos a raíz del desplazamiento, conductas de distracción como formas de afrontamiento).	Capaces de valorar los recursos familiares e institucionales que pueden estar a su alcance, mostrándose abiertos y flexibles ante la búsqueda de soluciones.	Activa	Protector
Dificultad en la auto-aceptación (Subvaloración, sentimientos/conductas de aislamiento social)	Subvaloración, el debilitamiento de la autonomía, y de la autoconfianza	Fatalista	De riesgo
Sentimiento de poco dominio del entorno (Revictimización por parte del Estado, desesperanza por sufrimiento pasado/presente, sentimientos de tristeza generados por el desplazamiento, desconfianza, discriminación, falta de apoyo/conflicto familiar, carga emocional/trabajo duro).	Tristeza, desesperación y la añoranza sobre su vida pasada, acompañado por la creencia del incongruente funcionamiento social y creencia de la poca capacidad de cambiar el rumbo de las cosas	Fatalista	De riesgo
Conductas agresivas no adaptativas (Cambios conductuales y de vida negativos a raíz del desplazamiento, problemas de convivencia/ revictimización comunitaria).	Afectación de las relaciones con los otros.	Fatalista	De riesgo

Fuente: Elaboración propia.

Fase II: Resultados cuantitativos de la investigación.*Datos sociodemográficos e identificación del TEPT*

En las convocatorias para la segunda fase asistió un total de 579 desplazados a quienes se les realizó una encuesta de datos sociodemográficos, y se aplicó la DTS para establecer presencia del TEPT como apoyo a la selección de la muestra. Esta escala mostró una muy buena consistencia interna (altos índices de fiabilidad), arrojando un alfa de Cronbach de 0,963 para el total de la escala; 0,927 en frecuencia; 0,929 en gravedad; y en las dimensiones de la DTS: intrusión 0,920; evitación 0,926 y activación fisiológica 0,923.

La población femenina fue mayoritaria en las convocatorias, mostrando similitudes con la fase I, representando el 68,2% de los asistentes, mientras que el porcentaje de hombres fue de 31,8%. Se encontró que 265 personas presentaron el TEPT (45,8%), aproximándose a los del estudio de Juárez y Guerra (2011).

El 37,7% de las mujeres y un 8,1% de los hombres presentaron el trastorno (ver tabla 13). De los individuos quienes resultaron positivos para el TEPT, sólo el 15% indicó haber sido atendido, a pesar de que el promedio del tiempo desplazamiento en este grupo es de 16 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 33 años. La presencia del trastorno podría vincularse a la baja atención psicológica recibida luego del evento del desplazamiento, donde el 72,9% del total de la muestra indicó no haber recibido este tipo de atención (según el reporte obtenido de la ficha de datos sociodemográficos).

Tabla 13
Identificación del TEPT mediante la DTS por sexo.

			Diagnóstico TEPT		
			Sí	No	Total
Sexo	Mujer	Recuento	218	177	395
		% del total	37,7%	30,6%	68,2%
	Hombre	Recuento	47	137	184
		% del total	8,1%	23,7%	31,8%
Total		Recuento	265	314	579
		% del total	45,8%	54,2%	100%

En cuanto a la frecuencia y gravedad, se presentaron relaciones con la fase I, mostrando medias similares de forma general (frecuencia=16,88; gravedad= 15,82), al igual que en quienes presentaron el TEPT (frecuencia=30,98; gravedad= 28,72), indicando que ambos factores tienen la misma relevancia en niveles de afectación en los individuos.

Sobre las dimensiones de la DTS, se halló en la muestra total un mayor promedio en la evitación (criterios C: apartarse de estímulos relacionados al hecho traumático) con una media de 13,780; seguido de la activación fisiológica (criterios D: irritabilidad, problemas de sueño, etc.) con una media de 11,421. Por último, se encuentran los síntomas intrusivos (criterios B: pesadillas/recuerdos) con una media de 7,497. En quienes resultaron positivos para TEPT, también se presentó el mismo orden de prevalencia de las dimensiones: evitación (media= 25,418); activación fisiológica (media= 20,343); e intrusión (media= 13,935).

Acerca de la edad, el promedio del total de la muestra fue de 40 años, con edad mínima de 18 y máxima de 86 años. De los participantes con TEPT el promedio de edad es de 47,2 años y la edad mínima de 18 y máxima de 86 años. En cuanto, al *Estado Civil*, se encontró que la *Unión libre* es el que prevalece en gran parte de la población encuestada.

Respecto al nivel educativo, el 29,4% de la población general indicó haber culminado el bachillerato, ocupando el primer puesto en el nivel de estudios. En segundo lugar, se encuentra el bachillerato incompleto, con un 20%. Sólo el 10,9% de los individuos ha finalizado estudios técnicos, el tecnológico un 1,7% y el universitario un 1,2%. En el caso de los participantes con TEPT, presentan resultados similares. En el aspecto laboral, el 61% de la población total no tiene ningún tipo de trabajo, donde el 31,6% de ellos presentan TEPT, siendo el porcentaje más alto dentro la población encuestada. Esto podría atribuirse a los bajos niveles educativos, donde el 55% no alcanza a obtener el título de bachiller, lo que les imposibilitaría el poder obtener un trabajo.

Sobre la procedencia de la población desplazada por departamento, se presentaron similitudes con los de la fase I, hallándose que la mayoría proviene del departamento de Bolívar, tanto la población general (33,7%) como quienes presentaron el TEPT (15,2%). Siete (7) de los quince (15) departamentos registrados, se encuentran en la región caribe colombiana: Bolívar, Magdalena, Cesar, Sucre, Córdoba, Atlántico y la Guajira; tres a la región andina: Antioquia, Norte de Santander y Santander; tres a la región pacífica: Valle del Cauca, Chocó y Nariño (los dos últimos comparten territorio con la región andina); y dos son departamentos de la región de la Orinoquía: Arauca y Meta. Dentro de los positivos con TEPT, ocupan en el segundo y tercer lugar por departamento de procedencia el Magdalena (12,1%), y Córdoba (4,3%), respectivamente.

Por otro lado, del total de quienes presentaron el TEPT, el 20,7% de ellos arrojó otros posibles trastornos mentales (16,2% de las mujeres y el 4,5% de los hombres), durante la aplicación del M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Los posibles trastornos fueron: el trastorno de ansiedad generalizada (11,7%); el episodio depresivo mayor (10,6%); el

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

trastorno de angustia (9,8%); la fobia social (2,3%); abuso y dependencia del alcohol (1,5%); riesgo suicidio (1,1%); y, por último, el trastorno distímico y el trastorno asociado al uso de sustancias psicoactivas (ambos con un 0,4%).

Cabe aclarar, que coexisten varios posibles trastornos en algunos de los evaluados, hallándose hasta un máximo de cuatro diagnósticos. En ambos sexos prevaleció el trastorno de ansiedad generalizada, seguido por el trastorno depresivo mayor. No obstante, en las mujeres se halló mayor riesgo de fobia social y riesgo de suicidio; y en los hombres sobre los trastornos relacionados al alcohol y al abuso de sustancias psicoactivas. Las personas que fueron detectadas con los posibles diagnósticos fueron remitidas a centros de salud para atención especializada y se le informó a la oficina DINCS de la Fundación Mario Santo Domingo para seguimiento y apoyo.

De acuerdo a la ENSM 2015, la presencia del TEPT genera mayor riesgo en la aparición de otro(s) trastornos mentales, lo que podría explicar los hallazgos. Cabe aclarar que, en esta investigación, el porcentaje arrojado sobre otros trastornos mentales es inferior al de otros estudios como los de Londoño, Romero & Casas (2012), y Londoño et. al (2005), lo que podría explicarse por el hecho de haber evaluado estas patologías sólo en una submuestra (personas identificadas con TEPT). No obstante, debido a la alta heterogeneidad de los estudios existente y sus datos, estos deben ser interpretados cuidadosamente (Campo-Arias et al., 2014).

Teniendo en cuenta que el 20,7% de los 265 individuos presentó posible diagnóstico de otras patologías mentales, fueron excluidos para la firma del consentimiento informado, siendo aptas 210 personas (79,2%) para el PIPAAD, hallándose clasificados 175 mujeres (66%) y 35 hombres (13,2%). Pero, cuatro de estas personas no firmaron el consentimiento informado,

razón por la cual se obtuvo una muestra final de 206 personas, participando inicialmente 174 mujeres y 32 hombres (ver tabla 14).

Tabla 14
Total de personas clasificadas al PIPAAD por sexo.

		No	Sí	Total
Mujer	Recuento	221	174	395
	% del total	38,2%	30,1%	68,2%
Hombre	Recuento	152	32	184
	% del total	26,3%	5,5%	31,8%
Total	Recuento	373	206	579
	% del total	64,4%	35,6%	100%

Evaluación de resultados sobre las mediciones pre-post test (O1 y O2).

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

Mediante el programa IBM SPSS AMOS versión 21 se efectuó un AFC de las escalas para corroborar la formación de sus respectivas dimensiones en la población de estudio. Para el AFC existe una serie de índices que dejan ver si las dimensiones propuestas en los instrumentos presentan un buen ajuste del modelo, sirviendo en la validación del instrumento. Es decir, “Los modelos de AFC permiten contrastar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (validación de constructo)” (Batista-Foguet, Coenders y Alonso, 2004, p.24). Se encontró que los índices más populares para evaluar los ajustes de modelos son: CFI, RMSEA, Standardized RMR, Chi-cuadrado entre otros (Byrne, 2001; Hu y Bentler, 1995). Ahora bien, se interpreta según el texto de Herrero (2010), que basta con examinar los índices de ajuste del CFI y el RMSEA, para indicar si el modelo se ajusta bien o no a los datos. En palabras del autor:

En la práctica, si un modelo presenta un buen ajuste a través del CFI y del RMSEA conjuntamente, es muy poco probable que el modelo no sea adecuado a los datos. Estos índices de ajuste son, por tanto, una buena guía en la búsqueda del modelo que mejor se ajusta a los datos. (Herrero, 2010, pp. 293)

Para este trabajo además del CFI y el RMSEA se tomaron dos indicadores adicionales para verificación de los datos (ver tabla 15). Según Byrne (2001), los valores que indican un buen ajuste de modelo para cada uno de los índices son los siguientes: CFI= valores mayores o iguales a 0,90; RMSEA= valores menores o iguales a 0,05 (valores hasta 0,08 son aceptables); Standardized RMR = valores menores o iguales 0,05 y Chi cuadrado mayor 0,05. En los anexos Q1, Q2, Q3 y Q4 se muestran los modelos analizados mediante el AMOS, de los cuales derivan los datos que se hallan en la siguiente tabla.

Tabla 15
Índices de ajustes del AFC para cada una de las escalas.

Escalas	CFI	RMSEA	Standardized RMR	Chi-square
Bienestar Social de Keyes	1,000	0,000	0,0534	4,577
Bienestar Psicológico de Ryff	0,970	0,86	0,0486	13,030
Bienestar Subjetivo de Diener	1,000	0,000	0,0537	4,829
EEC-M (Afrontamiento)	0,881	0,129	0,0939	162,337

Como se observa en la tabla 15, algunos datos no se encuentran exactamente dentro de los parámetros de ciertos índices. Sin embargo, es muy común que en la práctica no se cumpla con la precisión en los valores dados en los parámetros, por lo que se deben presentar varios índices junto con el Chi-cuadrado para verificar resultados (Herrero; 2010; Morata-Ramírez, Holgado-Tello, Barbero-García y Mendez, 2015), aspecto que se ha tenido en cuenta dentro de este trabajo. Además de la bondad del modelo la “validez descansa en el compromiso teórico

(asunción cualitativa) que el investigador tenga con su modelo” (Martínez y Martínez, 2009, p. 370). Con base en todo lo anterior se considera que los datos de los índices obtenidos se ajustan a los modelos expuestos, corroborando y validando los constructos evaluados en la población desplazada. Cabe señalar que los instrumentos ya han sido validados en otros estudios (mencionados en la metodología), soportando la validez de los mismos.

Alfa de Cronbach (α) mediciones pre-post test.

Para medir la confiabilidad de las escalas aplicadas se empleó el alfa de Cronbach, permitiendo ver la consistencia interna de cada instrumento en sus respectivas mediciones (ver tabla 16). Cabe señalar, que, existen múltiples debates entre los investigadores sobre los puntos de corte adecuados para definir la confiabilidad (Vaske, Beaman & Sponarski, 2017; Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2004; Nunnally & Bernstein, 1994; De Vellis, 2003), por ejemplo, autores como Zalma, Safiah, Ajau & Khairil (2015), indicaron en su investigación una consistencia interna aceptable reportando alfa de Cronbach entre 0.45 a 0.60. Otros manifiestan que un alfa aceptable se encuentra entre 0,65 y 0,80 (Vaske et al., 2017; Spector, 1992; Vaske, 2008).

En este caso, se ha basado en la guía de Hinton et al. (2004), sobre la interpretación del alfa. Estos manifiestan que “0.90 y superior muestra excelente confiabilidad. 0.70 a 0.90 muestra alta confiabilidad. 0.50 a 0.70 muestra confiabilidad moderada. 0.50 y menos muestra baja confiabilidad” (p. 364). Es decir, la fiabilidad es excelente al ser mayor que 0,9, y es baja cuando los valores son menores a 0,5. Se considera que esta guía es la más adecuada al ser un intermedio sobre la revisión realizada.

Tabla 16
Valores alfa de Cronbach para las escalas en las mediciones pre-post.

Variables	Alfa de Cronbach (α)	
	O1 (medición pre)	O2 (medición post)
Bienestar Psicológico	0,855	0,897
Bienestar Subjetivo	0,652	0,657
Bienestar Social	0,859	0,884
EEC-M (Afrontamiento)	0,826.	0,812

Los resultados del alfa anotados en la tabla 16, indican una alta consistencia interna en el bienestar psicológico en las mediciones pre-post test; una consistencia interna moderada para el bienestar subjetivo en las mediciones pre-post; alta consistencia interna en el bienestar social para ambas mediciones, y también una alta consistencia interna en la escala afrontamiento EEC-M, mediciones pre y post test. Se cree que el bienestar subjetivo mostró un alfa más bajo en comparación con las demás variables al presentar sólo 5 ítems de preguntas, pues el alfa es sensible al número de elementos de la escala usada (Nunnally y Bernstein, 1994).

MANCOVA para análisis intergrupar pre-post test.

Esta prueba paramétrica sirvió para el análisis en conjunto entre las variables dependientes, covariables, tiempos de medición (pre-post), y los grupos de tratamiento y cuasicontrol, para examinar diferencias significativas intergrupalmente dando cumplimiento al cuarto, quinto, sexto y séptimo objetivo de la segunda fase. Para esta se deben cumplir una serie de suposiciones. Las principales suposiciones son: 1) que las muestras sean independiente; 2) que las variables dependientes sigan una distribución normal (ver anexo R); 3) que la varianza de los grupos muestre igualdad/homogeneidad (se pone a prueba la hipótesis nula sobre igualdad

de las varianzas poblacionales donde el p-valor debe ser mayor o igual a 0,05) (Glass, Peckham, & Sanders, 1972; Sawyer, 2009; Avendaño, Avendaño, Cruz y Cárdenas-Avendaño, 2014), (ver tabla 17).

Para la homogeneidad de varianzas se efectuó la prueba de Contraste de Levene. Se realizó el modelo con las variables: tiempo, grupo, y en relación con las doce estrategias del EEC-M, para ver sus efectos sobre las tres dimensiones de la salud mental. Sin embargo, los resultados indicaron que no se cumple la igualdad de varianzas en el modelo propuesto para el bienestar social al presentar un P-valor menor a 0,05 (ver tabla 17).

Tabla 17
Contraste de Levene en análisis multivariante pre-post test.

Diseño:	Dimensiones	F	gl1	gl2	P-valor
Interacción + TIEMPO + GRUPO + RP * REL * EE * RA * NEG * EDA * BAS * SP * AUT * EC * ESP * BAP	B. subjetivo	1,168	3	332	0,322
	B. Social	4,231	3	332	0,006
	B. Psicológico	1,298	3	332	0,275

Entonces, y teniendo en cuenta los planteamientos de Rodríguez y Mora (2001), se realizó un análisis univariante para cada variable dependiente con tres modelos: 1) Modelo con 12 estrategias de afrontamiento; 2) Modelo con siete estrategias (las seis estrategias activas más religión); y 3) Modelo de las seis estrategias activas de afrontamiento; conformándose un total de nueve diseños de análisis univariantes. Esto, para descartar el hecho de que los resultados obtenidos podrían ser debido a la interacción entre las covariables (las estrategias de afrontamiento) y las medias de las variables dependientes (ver tabla 18).

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tabla 18

Contraste de Levene en análisis univariante pre-post test.

No.	Diseño de los modelos	Dimensiones	F	gl1	gl2	P-valor
1	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT	B. Subjetivo	1,168	3	332	0,322
	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT	B. Social	4,231	3	332	0,006
	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT	B. Psicológico	1,298	3	332	0,275
2	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * REL * BAP * RP * EDA * AUT	B. Subjetivo	1,753	3	332	0,156
	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * REL * BAP * RP * EDA * AUT	B. Social	4,155	3	332	0,007
	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * REL * BAP * RP * EDA * AUT	B. Psicológico	1,684	3	332	0,17
3	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * BAP * RP * EDA * AUT	B. Subjetivo	1,883	3	332	0,132
	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * BAP * RP * EDA * AUT	B. Social	4,087	3	332	0,007
	Interacción + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * BAP * RP * EDA * AUT	B. Psicológico	1,822	3	332	0,143

Nota: Modelo 1: análisis con las 12 estrategias; modelo 2: análisis con siete estrategias; modelo 3: análisis con las seis estrategias activas de afrontamiento.

El contraste de Levene con cada uno de los análisis univariantes mostró, igualmente, que el Bienestar Social no cumple con la homogeneidad de varianzas en ninguno de los modelos. Por esta razón, se investigó sobre los problemas que existen cuando no se obtiene la homogeneidad de la varianza. A partir de estas indagaciones, se encontró que hay una serie de contrastes fundamentados en el estadístico F usados para estos casos (Rodríguez y Mora, 2001; Pillai, 1995; Seber, 1984; Steel & Torrie, 1988; Sokal & Rohlf, 1995; y Ramiro y Caballero, 2011), permitiendo verificar la existencia o no de diferencias significativas sobre las variables dependientes, de tal manera, que dan respuesta a las hipótesis planteadas. De acuerdo a Rodríguez y Mora (2001), estos estadísticos permiten ver:

(...) qué efectos (...) son significativamente distintos de cero (...) En el análisis multivariante de la varianza cada uno de los efectos es contrastado con un estadístico (...) si el p-valor asociado a los estadísticos Traza de Pillai, Traza de Hotelling, Lambda de Wilks y Raíz máxima de Roy son inferiores a 0.05, podremos rechazar la hipótesis nula. (pp. 203)

De acuerdo a Pillai (1995), Seber (1984), Steel & Torrie (1988), Sokal & Rohlf (1995), y Ramiro y Caballero (2011) la traza de Pillai es el estadístico más poderoso y robusto, especialmente para desviaciones de supuestos, como el de la violación en la homogeneidad de la varianza. Por ende, se escogió para poner a prueba las hipótesis de investigación sobre diferencias significativas en la salud mental entre la varianza de los grupos. Sin embargo, se ha decidido mostrar los resultados de la traza de Pillai, de la Traza de Hotelling, Lambda de Wilks y Raíz máxima de Roy, pues todos ellos arrojaron valores inferiores a 0,05, indicando diferencias significativas en las variables tiempo, grupo e interacción (ver tabla 19).

Con respecto al p-valor Barrera (2008), expresa que “Por tradición se han aceptado generalmente los valores de 0,05 o 0,01 (lo que conlleva a tener una seguridad de acierto del 95 o 99% respectivamente)” (p.91), interpretándose, desde lo significativo (Barrera, 2008), y por lo tanto confirmando que sí existen diferencias en el tiempo, grupo y estrategias de afrontamiento antes y después de la implementación del PIPAAD.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tabla 19
Análisis de los estadísticos F para el MANCOVA pre-post test.

Efecto	Estadísticos	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	P-valor
Intersección	Traza de Pillai	0,961	2736,073 ^b	3,000	330,000	0,000
	Lambda de Wilks	0,039	2736,073 ^b	3,000	330,000	0,000
	Traza de Hotelling	24,873	2736,073 ^b	3,000	330,000	0,000
	Raíz mayor de Roy	24,873	2736,073 ^b	3,000	330,000	0,000
TIEMPO	Traza de Pillai	0,097	11,757 ^b	3,000	330,000	0,000
	Lambda de Wilks	0,903	11,757 ^b	3,000	330,000	0,000
	Traza de Hotelling	0,107	11,757 ^b	3,000	330,000	0,000
	Raíz mayor de Roy	0,107	11,757 ^b	3,000	330,000	0,000
GRUPO	Traza de Pillai	0,084	10,146 ^b	3,000	330,000	0,000
	Lambda de Wilks	0,916	10,146 ^b	3,000	330,000	0,000
	Traza de Hotelling	0,092	10,146 ^b	3,000	330,000	0,000
	Raíz mayor de Roy	0,092	10,146 ^b	3,000	330,000	0,000
Diseño: Intersección + TIEMPO + GRUPO + SP * BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT	Traza de Pillai	0,025	2,831 ^b	3,000	330,000	0,038
	Lambda de Wilks	0,975	2,831 ^b	3,000	330,000	0,038
	Traza de Hotelling	0,026	2,831 ^b	3,000	330,000	0,038
	Raíz mayor de Roy	0,026	2,831 ^b	3,000	330,000	0,038

Nota: En esta tabla se muestran los resultados en términos de las variables: *tiempo*, *grupo* e *interacción con las estrategias de afrontamiento*.

Ahora bien, en la tabla 20, se encuentran los resultados del análisis multivariante (MANCOVA), para cada dimensión de la salud mental (bienestar subjetivo, psicológico y social), presentando p-valores menores a 0,05 que indican la realización del cuarto, quinto y sexto objetivo. En otras palabras, existen diferencias significativas en la salud mental intergrupalmente antes y después, lo que da cumplimiento a la hipótesis general 1 y sus respectivas hipótesis específicas 1.1 a 1.3.

Por su parte, en el análisis con las estrategias de afrontamiento para el cumplimiento del séptimo objetivo se encontró que el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico presentan diferencias significativas en interacción con las doce estrategias de afrontamiento (ver tabla 20). Sin embargo, el bienestar social no muestra diferencias. Por ello, se realizó otro análisis para ver el comportamiento de los datos sólo con las siete estrategias trabajadas en el

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

programa (los seis estilos activos más religión) esperando encontrar diferencias significativas en el bienestar social (ver tabla 21).

Tabla 20

Análisis intergrupar pre-post test salud mental y estrategias de afrontamiento.

	Variables dependientes	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	P-valor
Intersección	B. Subjetivo	1374,186	1	1374,186	2617,248	0,000
	B. Social	4093,821	1	4093,821	4719,49	0,000
	B. Psicológico	3076,084	1	3076,084	7235,976	0,000
TIEMPO	B. Subjetivo	4,158	1	4,158	7,919	0,005
	B. Social	30,03	1	30,03	34,62	0,000
	B. Psicológico	5,047	1	5,047	11,871	0,001
GRUPO	B. Subjetivo	15,018	1	15,018	28,602	0,000
	B. Social	14,828	1	14,828	17,094	0,000
	B. Psicológico	6,109	1	6,109	14,371	0,000
Interacción: SP * BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT	B. Subjetivo	2,269	1	2,269	4,321	0,038
	B. Social	1,502	1	1,502	1,732	0,189
	B. Psicológico	3,551	1	3,551	8,353	0,004

La interacción de los estilos activos con el bienestar social, registradas en la tabla 21, sí arrojan un p-valor menor a 0,05, lo que es coherente con la investigación llevada a cabo, pues, el programa de intervención se enfocó sobre estos estilos. Se considera que los resultados soportan la idea de que el PIPAAD sí generó cambios positivos, fomentando la escogencia de los estilos activos de afrontamiento, y por ende promoviendo salud mental. Estos análisis dan respuesta a la hipótesis 2

Tabla 21

Análisis intergrupar pre-post test salud mental y estilos activos de afrontamiento.

	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	P-valor
Intersección	B. Subjetivo	874,039	1	874,039	1813,595	0,000
	B. Social	2615,814	1	2615,814	3407,132	0,000
	B. Psicológico	2084,712	1	2084,712	5346,434	0,000
TIEMPO	B. Subjetivo	2,316	1	2,316	4,806	0,029
	B. Social	22,434	1	22,434	29,221	0,000
	B. Psicológico	3,026	1	3,026	7,761	0,006
GRUPO	B. Subjetivo	10,032	1	10,032	20,817	0,000
	B. Social	7,19	1	7,19	9,365	0,002
	B. Psicológico	3,548	1	3,548	9,099	0,003
Interacción SP * BAS * REL * BAP * RP * AUT * EDA	B. Subjetivo	16,582	1	16,582	34,407	0,000
	B. Social	34,596	1	34,596	45,062	0,000
	B. Psicológico	15,232	1	15,232	39,064	0,000

Prueba T de Student para una muestra

Se realizó el análisis de la Prueba T para una muestra, con el propósito de corroborar los resultados del MANCOVA. En las tablas 22 y 23 se exponen los resultados intragrupal pre-post del grupo de tratamiento en salud mental y afrontamiento respectivamente. Mientras tanto en las tablas 24 y 25, se hallan los resultados pre-post test del grupo cuasi-control en salud mental y afrontamiento respectivamente.

Tabla 22
Resultados prueba T pre-post grupo tratamiento sobre la salud mental.

Salud Mental	N	Media O1	Media O2	Diferencia de medias	Desviación típica	P-valor
Bienestar social	78	4,2386	5,3471	-1,1085	0,71807	0,000
Bienestar psicológico	78	3,8461	4,3766	-0,5305	0,39677	0,000
Bienestar subjetivo	78	2,6564	3,1128	-0,4359	0,65722	0,000

Nota: Los resultados expuestos se basan en la diferencia de medias entre la medición pre-post (O1 y O2) de cada variable dependiente.

En síntesis, el grupo de tratamiento muestra diferencias significativas intragrupalmente en el bienestar subjetivo, psicológico y social quince días después de la implementación del programa de intervención, pues arrojaron un p-valor menor a 0,05 (Ver tabla 22). Sobre el afrontamiento, también se encontraron diferencias significativas pre-post test (ver tabla 23), arrojando un P-valor menor a 0,05 en cada estrategia, lo que será explicado en la discusión.

Tabla 23
 Resultados prueba T pre-post grupo tratamiento y estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento	N	Media O1	Media O2	Diferencia de medias	Desviación típica	P-valor
SP	78	3,836	4,306	-0,4701	0,42787	0,000
BAS	78	3,496	4,251	-0,07546	0,7273	0,000
ESP	78	2,833	2,624	0,2094	0,52207	0,000
REL	78	4,440	4,553	-0,1136	0,46125	0,000
EE	78	3,404	2,897	0,5064	0,57685	0,000
BAP	78	2,144	3,221	-1,0769	0,77442	0,000
RA	78	2,687	2,359	0,3282	0,59781	0,000
EC	78	3,574	3,597	-0,0231	0,65265	0,000
RP	78	3,610	4,374	-0,7641	0,62895	0,000
EDA	78	3,122	2,631	0,4904	0,65396	0,000
NEG	78	3,081	2,761	0,3205	0,51371	0,000
AUT	78	2,904	2,103	0,8013	1,00757	0,000

Nota: Los resultados expuestos se basan en la diferencia de medias entre la medición pre-post (O1 y O2) de cada estrategia de afrontamiento.

Por su parte, para el grupo de cuasi-control, no existen diferencias significativas pre-post test ($P\text{-valor} > 0,05$) en las medidas de salud mental (ver tabla 24). Estas al ser contrastadas con los resultados de las mediciones intragrupalas del grupo de tratamiento, confirman las hipótesis específicas 1.1 a 1.3. En otras palabras, se observan diferencias significativas intergrupalmente en la salud mental, lo que confirma los resultados del MANCOVA para la hipótesis general 1.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tabla 24

Resultados prueba T pre-post grupo cuasi-control sobre la salud mental.

Salud Mental	N	Media O1	Media O2	Diferencia de medias	Desviación típica	P-valor
Bienestar social	90	4,2631	4,3828	-0,1197	0,71962	0,118
Bienestar psicológico	90	3,8049	3,7946	0,0102	0,29007	0,738
Bienestar subjetivo	90	2,4178	2,4311	-0,0133	0,40977	0,758

Nota: Los resultados expuestos se basan en la diferencia de medias entre la medición pre-post (O1 y O2) de cada estrategia de afrontamiento.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el grupo de cuasi-control arrojó un P-valor mayor a 0,05 en cada una, indicando que no existen diferencias en las escogencias antes y después (Ver tabla 25). De modo que, al contrastar los resultados intragrupal del grupo de tratamiento con los del grupo de cuasi-control, se observan diferencias intergrupales en la escogencia de las estrategias de afrontamiento pre-post quince días después de la intervención, que confirman los resultados del MANCOVA y el cumplimiento de la hipótesis 2.

Tabla 25

Resultados prueba T pre-post grupo cuasi-control y estrategias de afrontamiento.

Afrontamiento	N	Media O1	Media O2	Diferencia de medias	Desviación típica	P-valor
SP	90	3,812	3,799	0,0136	0,36142	0,722
BAS	90	3,465	3,483	-0,0175	0,59611	0,782
ESP	90	2,963	2,935	0,0284	0,27347	0,327
REL	90	4,013	4,046	-0,0333	0,35902	0,381
EE	90	2,990	2,979	0,0111	0,35338	0,766
BAP	90	2,482	2,458	0,0244	0,58045	0,690
RA	90	3,016	3,020	-0,0044	0,47968	0,930
EC	90	3,249	3,309	-0,0600	0,35783	0,115
RP	90	3,420	3,389	0,0311	0,42707	0,491
EDA	90	2,842	2,914	-0,0722	0,53296	0,202
NEG	90	2,993	2,978	0,0148	0,48165	0,771
AUT	90	2,872	2,917	-0,0444	0,70170	0,549

Nota: Los resultados se basan en la diferencia de medias en medición pre-post (O1 y O2) de cada estrategia de afrontamiento.

Evaluación de resultados sobre las mediciones de seguimiento (O3 y O4).

Se realizaron análisis para las mediciones de seguimiento (quince días y dos meses, y quince días y seis meses después de la intervención) que buscan el cumplimiento del octavo al undécimo objetivo. En estas mediciones fueron evaluadas 61 personas, ya que hubo una deserción del 40% en el grupo de tratamiento para este tiempo que se atribuye a factores externos como: amenazas directas relacionadas a los líderes sociales en condición de desplazados, la inseguridad del lugar, el cambio de ciudad o barrio, entre otros factores que afectaron su disponibilidad para las mediciones. Para este análisis se efectuó, en primera instancia, la evaluación de la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Luego se procedió con el MANCOVA para someter a prueba las hipótesis generales 3 y 4.

Alfa de Cronbach (α) mediciones de seguimiento.

La consistencia interna de las mediciones de seguimiento para el grupo de tratamiento sobre las escalas aplicadas se registra en la tabla 26. Los resultados indican una alta consistencia interna en el bienestar psicológico en las mediciones pre-post; una consistencia interna moderada para el bienestar subjetivo en las mediciones pre-post; alta consistencia interna en el bienestar social en la O3 y moderada en la O4, y una alta consistencia interna en la escala afrontamiento EEC-M, mediciones pre y post test.

Tabla 26
Valores alfa de Cronbach mediciones de seguimiento grupo de tratamiento.

Variables	Alfa de Cronbach (α)	
	O3 (dos meses después)	O4 (seis meses después)
Bienestar Psicológico	0,816	0,849
Bienestar Subjetivo	0,629	0,615
Bienestar Social	0,786	0,686
EEC-M (Afrontamiento)	0,864	0,896

Nota: O= observación (medición)

MANCOVA para análisis de seguimiento.

Para este análisis, que se basó en la realización de los objetivo octavo, noveno, décimo y undécimo de la segunda fase, se verificó el cumplimiento de los tres supuestos del MANCOVA, en el cual se encontró igualdad de las varianzas para cada una de las variables dependientes. Se realizó el Contraste de Levene entre la O2 y O3 (quince días y dos meses después), y entre la O2 y O4 (quince días y seis meses después) (ver tabla 27).

Tabla 27

Contraste de Levene en análisis multivariante para seguimientos.

	Estrategias de Afrontamiento	Dimensiones Salud Mental	F	gl1	gl2	P-valor
Observaciones 2 a 3	SP * BAS * ESP * REL * EE *	B. Psicológico	0,049	1	120	0,83
	BAP * RA * EC * RP * EDA *	B. Social	1,154	1	120	0,29
	NEG * AUT	B. Subjetivo	3,586	1	120	0,06
Observaciones 2 a 4	SP * BAS * ESP * REL * EE *	B. Psicológico	0,285	2	180	0,75
	BAP * RA * EC * RP * EDA *	B. Social	2,449	2	180	0,09
	NEG * AUT	B. Subjetivo	2,195	2	180	0,11

Nota: Las O2 a O3 y O2 a O4 se muestran relacionadas con las 12 estrategias de afrontamiento y su interacción con las dimensiones de la salud mental.

Para el análisis de sostenimiento se tomó como referencia la O2 para contrastarlo con las O3 y O4, y determinar la existencia o no de diferencias significativas entre estas mediciones. La presentación de diferencias significativas (p -valor $< 0,05$) indicaría que los resultados no se sostuvieron en el tiempo, y que, por lo tanto, no se lograron mantener los efectos del PIPAAD sobre la salud mental. En cambio, resultados con valor superior a 0,05 indicarían que no hubo diferencias significativas, y por ende sí se sostuvieron los efectos del programa en el tiempo.

Los datos mostraron que entre los 15 días y dos meses después (O2 y O3) de haber sido implementado el PIPAAD no hubo diferencias significativas, es decir, se mantuvieron los efectos en la salud mental en la variable TIEMPO. Con respecto a las observaciones entre los

15 días a seis meses después (O2 a O4), la variable TIEMPO indica un sostenimiento de los resultados de salud mental en el bienestar social y en el bienestar psicológico, pero no en el bienestar subjetivo, mostrando diferencias significativas dentro de esta dimensión (p valor = 0,034; ver tabla 28). Es decir que la hipótesis 3 sólo se cumple en la hipótesis 3.1 y 3.3 debido a que el bienestar subjetivo sí muestra diferencias significativas seis meses después de la intervención.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento (ver tabla 28), se encontró que a los dos meses el bienestar psicológico muestra diferencias significativas en la elección de estrategias, mientras que el bienestar social y subjetivo no, lo que indica que en el tiempo no se mantuvo la elección de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico. En la observación de los seis meses las estrategias se mantuvieron en el bienestar social al no presentar diferencias significativas en contraste con el bienestar subjetivo y el psicológico, por lo que no se cumple la hipótesis 4.

Entonces, el bienestar psicológico, mostró diferencias en el empleo del afrontamiento en las mediciones de seguimiento O3 y O4 en comparación con la medición post test (O2), pero sin afectar los resultados en la variable dependiente. Por su parte, el bienestar subjetivo no mantuvo sus resultados seis meses después, ni en la variable tiempo en la evaluación de los efectos en la salud mental, ni con las estrategias de afrontamiento.

Tabla 28

Resultados MANCOVA mediciones seguimiento grupo de tratamiento.

	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	P-valor	
Observaciones 2 a 3	Intersección	B. Psicológico	1618,333	1	1618,333	6942,029	0,000
		B. Social	2523,734	1	2523,734	7695,919	0,000
		B. Subjetivo	814,088	1	814,088	1863,588	0,000
	TIEMPO	B. Psicológico	0	1	0	0,002	0,969
		B. Social	1,67E-05	1	1,67E-05	0,000	0,994
		B. Subjetivo	0,209	1	0,209	0,477	0,491
	BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT * SP	B. Psicológico	2,313	1	2,313	9,923	0,002
		B. Social	0,1	1	0,1	0,306	0,581
		B. Subjetivo	0,836	1	0,836	1,913	0,169
Observaciones 2 a 4	Intersección	B. Psicológico	1207,635	1	1207,635	2679,938	0,000
		B. Social	3700,371	1	3700,371	12619,967	0,000
		B. Subjetivo	2346,814	1	2346,814	10824,203	0,000
	TIEMPO	B. Psicológico	0,224	2	0,112	0,248	0,78
		B. Social	0,745	2	0,373	1,271	0,283
		B. Subjetivo	1,49	2	0,745	3,436	0,034
	SP * BAS * ESP * REL * EE * BAP * RA * EC * RP * EDA * NEG * AUT	B. Psicológico	1,811	1	1,811	4,019	0,046
		B. Social	0,295	1	0,295	1,007	0,317
		B. Subjetivo	3,663	1	3,663	16,896	0,000

Nota: Las observaciones 2 a 3 corresponden a las mediciones entre los 15 días y dos meses después de la finalización del PIPAAD. Las observaciones 2 a 4 corresponden a las mediciones entre los 15 días y seis meses de la finalización del PIPAAD.

La tabla 29 expone en resumen el cumplimiento y no cumplimiento de las hipótesis de trabajo para mayor entendimiento de los resultados obtenidos en la fase cuantitativa. En esta se evidencia que en el análisis intergrupar pre-post test existen diferencias significativas en el grupo de tratamiento respecto a la salud mental y en las estrategias de afrontamiento activas y pasivas antes y después de implementar el programa, contrario a lo que pasa en el grupo de cuasi control, dando cumplimiento a hipótesis 1 y 2, así como a los objetivos 4 al 7 de esta fase.

Respecto a la etapa de seguimiento se observa que la hipótesis 3 no se cumple, sin embargo, el Bienestar Social (octavo objetivo) y el Bienestar Psicológico (décimo objetivo) muestra un sostenimiento de los efectos del programa en el grupo de tratamiento a diferencia del Bienestar Subjetivo (noveno objetivo) lo que será tratado en la discusión. Igualmente, tampoco se cumple la hipótesis 4 respecto al sostenimiento de las estrategias de afrontamiento activas y pasivas en el tiempo de seguimiento (undécimo objetivo). Cabe aclarar que en esta etapa no aplica el análisis de diferencias significativas para el grupo de cuasicontrol debido a que este sólo corresponde al sostenimiento del programa en el grupo de tratamiento.

Tabla 29.
Comprobación de las hipótesis de trabajo.

Etapa	Número de la Hipótesis	Diferencias significativas		Cumplimiento de hipótesis
		Grupo tratamiento	Grupo Cuasi control	
Pre-post (O1-O2)	1. Salud mental	Sí	No	Sí
	1.1. Bienestar Social	Sí	No	Sí
	1.2. Bienestar Subjetivo	Sí	No	Sí
	1.3. Bienestar Psicológico	Sí	No	Sí
	2. Afrontamiento (estrategias activas y pasivas)	Sí	No	Sí
Seguimiento (O2-O3 y O2-O4)	3. Salud mental	Sí	No aplica	No
	3.1. Bienestar Social	No	No aplica	Sí
	3.2. Bienestar Subjetivo	Sí	No aplica	No
	3.3. Bienestar Psicológico	No	No aplica	Sí
	4. Afrontamiento (estrategias activas y pasivas)	Sí	No aplica	No

Nota: En la etapa de seguimiento el NO presentar diferencias significativas indica sostenimiento de los efectos de programa. Si existe diferencias significativas quiere decir que no se cumple la hipótesis.

Discusión y conclusiones sobre los resultados.

Teniendo en cuenta los hallazgos relacionados a la encuesta sociodemográfica, se generaron siete razonamientos que serán abordados antes de tratar los resultados del PIPAAD, pues se consideran relevantes para su análisis. El primer razonamiento plantea que no todos los individuos desplazados presentan el TEPT (Palacio, Abello, Madariaga y Sabatier, 1999; Buendía y Mira, 1993; Juárez y Guerra, 2011; Rodríguez et al., 2005), pues “depende de variables personales (Naranjo, 2004; Yeager & Roberts, 2003), de la interpretación del acontecimiento (Calcedo, 2000), de la vulnerabilidad (Tobal, González, & López, 2000) o la personalidad premórbida (Alarcón, 2002)” (Juárez y Guerra, 2011, p. 517). Además, si se tiene en cuenta la definición de víctima dada por el Congreso de la República en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, tratado en la justificación de este trabajo, no todos los individuos con esta condición han vivido necesariamente el hecho traumático.

En segundo lugar, el predominio del género femenino en la población evaluada es un hecho esperado dentro de este tipo de estudios, como se muestra en Juárez y Guerra (2011), Londoño et al. (2011), Gómez-Restrepo, Tamayo Martínez, Bohórquez et al (2016b), y Mercado (2016), confirmando que la condición de ser mujer es un factor de vulnerabilidad tanto para el desplazamiento forzado (Salcedo y Paes-Machado, 2019; Olivera, 2019, CNMH, 2015) como para el desarrollo del TEPT y que puede explicarse a partir de varios de los señalamientos del CNMH (2015), como el alto porcentaje de mujeres del total de la población colombiana que podría influir en el alto porcentaje de víctimas de desplazamiento femeninas; la dificultad en la práctica de sus derechos; y las situaciones de abuso sexual, homicidios, torturas, etc., que afectan su autoestima, el control y percepción sobre su vida, etc, generando mayor riesgo de

trastornos mentales (Londoño et al. 2011; Gómez-Restrepo, Tamayo Martínez, Bohórquez et al, 2016b; Mercado, 2016; Salcedo y Paes-Machado, 2019; Olivera, 2019).

En tercer lugar, se observó que el tiempo no influye en la disminución de la experiencia traumática, persistiendo sus síntomas a largo plazo (el promedio de tiempo de desplazamiento encontrado es de 16 años), relacionándose con lo indicado por la ENSM 2015, De Celis (2016) y Gómez-Restrepo, Tamayo-Martínez, Buitrago, et al., (2016b), quienes afirman que el haber estado expuesto a la guerra influye en la cronicidad de trastornos como el del TEPT. Así mismo Gómez (2012), señala que es común observar en diversas investigaciones y estudios sociales sobre el desplazamiento que las víctimas tardan mucho tiempo para estabilizarse y abandonar la condición de desplazamiento, sean meses o años. Por ello, la importancia de recibir apoyo para su recuperación psicosocial.

En cuarto lugar, la baja atención psicológica reportada por más de la mitad de la muestra es un dato de gran importancia que señala la urgente necesidad en la misma, sobre todo para quienes fueron identificados con el TEPT. Este problema de acceso podría explicarse a partir de diversos factores señalados por Sierra-Puentes y Correa-Chica (2019), donde se incluye en primer lugar las barreras económicas (pobreza e informalidad laboral), seguido de las geográficas (dificultades para movilizarse hasta el lugar de la atención), administrativas (vago o nulo conocimiento sobre los procesos para obtener la atención) y culturales (creencias).

En quinto lugar, los datos confirman que existen dificultades en el afrontamiento pues se halló un predominio de conductas evitativas sobre estímulos o situaciones relacionadas al trauma, así como síntomas de irritabilidad, hiperactivación, problemas para concentrarse, etc, debido a la experiencia traumática, apuntando a dificultades para enfrentar la vida diaria. Estas conductas de evitación son comunes en los resultados de diferentes estudios del

desplazamiento forzado hallándose como uno de los principales síntomas psicológicos (Alejo et al., 2007). Un ejemplo, es el estudio de en Juárez y Guerra (2011), donde “los síntomas de evitación presentaron una mayor frecuencia e intensidad siguiéndole la hiperreactivación” (p. 517). Así mismo, en el estudio de Londoño et al. (2011) se observó que el 50% de la población mostró conductas evitativas relacionadas a su pasado o lo que tuviera conexión con el hecho traumático.

En sexto lugar, existen limitaciones para acceder a la educación, siendo esto una desventaja en los lugares de asentamiento en cuanto oportunidades/condiciones laborales (Sierra-Puentes y Correa-Chica, 2019), y puede relacionarse tanto al desplazamiento o condiciones de vida antiguas o nuevas, situación económica, etc. Sobre el trabajo, se relaciona al estigma-discriminación tratado por Campo-Arias y Herazo (2014) e identificado en la revisión sistemática realizada por Sierra-Puentes y Correa-Chica (2019), pues es posible que esté afectando tanto a quienes no tienen el título de bachiller y a los desempleados, si se tiene en cuenta que, en la exploración la discriminación se encontró dentro de los factores de riesgo. Igualmente, se considera, que quienes trabajan y presentaron prevalencia del TEPT también podrían estar siendo afectados por el estigma-discriminación. No obstante, pueden existir otros factores que expliquen estos resultados y que no se tuvieron en cuenta dentro de la investigación.

Por último, los datos sobre la procedencia concuerdan con lo manifestado por el DANE (2006), y Soledad (2007), donde los departamentos registrados son señalados como expulsores de víctimas. Los departamentos pertenecientes a la región caribe, por sus características geoestratégicas, generan un gran número de desplazados. Pero, el Bolívar sobresale dentro de los índices de desplazamiento en comparación con otros departamentos de la región, y por su

cercanía con el Atlántico podría influir en la presencia del TEPT, basándose en los planteamientos de Gómez-Restrepo et al. (2016b) y Bogic et al. (2015).

En cuanto a los resultados del PIPAAD, se encontraron diferencias significativas en las mediciones pre-post test en las variables TIEMPO y GRUPO, confirmando la hipótesis general 1 y sus correspondientes hipótesis específicas, ya que, como se expone en los resultados, existen diferencias significativas antes y después en las dimensiones del bienestar de forma intragrupal e intergrupala (confirmadas por la prueba T por grupo), revelando que el programa logró promover salud mental en las víctimas de desplazamiento forzado con TEPT del grupo de tratamiento, interpretándose como mejoramiento del mismo. Por su parte, los resultados del grupo de cuasicontrol no arrojaron diferencias significativas en estas dimensiones, lo que es coherente con el hecho de no haberles aplicado la intervención.

En otras palabras, el PIPAAD muestra efectividad en la promoción de la salud mental en Barranquilla, comprobándose en la evaluación de los 15 días después de su implementación, y corroborando esta información con la valoración del programa por parte del grupo focal realizado un mes después de la intervención (ver Anexo S). Igualmente, el PIPAAD fortaleció los factores de protección hallados en la exploración, pues presentan recursos psicosociales que se comparten con las dimensiones de la salud mental como el propósito en la vida (bienestar subjetivo), y estrategias efectivas en el contexto del desplazamiento como la reevaluación positiva y el apoyo espiritual (que sirven como dispositivos de protección en los desplazados).

Cabe agregar, que el programa de Rodríguez (2006) también soporta la efectividad en la recuperación emocional y el bienestar al trabajar las intervenciones desde estrategias de afrontamiento en adultos y adolescentes en condición de desplazamiento. Su programa

implementó estrategias efectivas de afrontamiento emocional, cognoscitivo y social que influyeron en la percepción de autoeficacia, en el relacionamiento positivo con el entorno y en la reevaluación sobre las oportunidades de vida que impactaron en la reducción en el nivel de severidad de los síntomas de estrés postraumático.

Ahora bien, referente al PIPAAD no se podría afirmar que éste impactó en la disminución del TEPT, pues los síntomas no fueron medidos luego de la intervención (pues aquí se trabaja desde la dimensión positiva de la salud mental), caso que sí ocurre en el estudio de Rodríguez (2006). Sin embargo, se considera que esto es posible teniendo en cuenta que el MECS reconoce la existencia de una correlación entre la salud y la enfermedad (Díaz et al., 2007), de modo que los cambios positivos producidos en el bienestar y las diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento pudieron haber influido en una probable disminución de síntomas del TEPT. Otro aspecto vinculado a este tema y afín a los planteamientos de la OMS (2013), es que la ausencia de enfermedades mentales no es garantía de salud mental, por lo que este trabajo busca más que disminuir el malestar: promover bienestar y reconocer a las personas como sujetos activos y no como pasivos (cuando se centra en la enfermedad).

Sobre el afrontamiento, se valora como un recursos psicosocial y medio de intervención efectivo para el mejoramiento del bienestar que se ha implementado en otros contextos tales como en los programas de Krzemienet al. (2005), Jiménez et al. (2016) y Garaigordobil (2001), cuyos estudios exponen su aplicación en distintos grupos etarios, trabajando principalmente el afrontamiento emocional influyendo en una mejor elección hacia las estrategias activas y adaptativas (Krzemienet al., 2005), confirmando que el afrontamiento dirigido a las emociones genera resultados significativos y se muestra como recurso efectivo de intervención.

Teniendo en cuenta que el afrontamiento activo se logra mediante un afrontamiento emocional, donde se toman aspectos positivos de sí mismo y del entorno (Lazarus & Folkman, 1986; Krzemien et al., 2005), se puede plantear que la actividad espontánea, como componente afectivo (emocional) implicado en el PIPAAD, logró potenciar la escogencia de los estilos activos de afrontamiento en el grupo de tratamiento promoviendo los aspectos positivos de los individuos y de su medio, pues la actividad espontánea engloba acciones, pensamientos, emociones y/o sentimientos propios de los individuos que ayudan a controlar las situaciones (Fromm, 1973). Las sesiones en conjunto con las dinámicas propuestas en el PIPAAD implicaron al amor y el trabajo manual que se halla en la actividad espontánea apoyando la reafirmación de la identidad tanto personal como social, e influyendo en la escogencia de las estrategias de afrontamiento activo.

Entonces, los planteamientos de Fromm son afines a esta tesis: la espontaneidad es un recurso potencial para el afrontamiento activo, y, por ende, para la promoción de la salud mental. La actividad espontánea es un recurso afectivo/emocional que como expresión de la identidad puede potenciar el afrontamiento activo desde las valoraciones y conductas que posibiliten la adaptación exitosa al medio.

Por otra parte, en la hipótesis 2 se cumple la efectividad del programa en el MANCOVA con las siete estrategias de afrontamiento tratadas en el grupo de tratamiento (búsqueda de apoyo profesional, búsqueda de apoyo social, solución de problemas, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, autonomía y religión) como se muestra en la tabla 21, siendo consonante con la implementación del PIPAAD, señalando diferencias respecto al grupo de cuasi-control.

Se aclara, que en el bienestar psicológico y subjetivo sí hubo diferencias significativas en interacción con las doce estrategias (estilos activos y pasivos), en contraste con el bienestar social, que sólo evidenció cambios respecto a las siete estrategias tratadas (ver tabla 21). Esto permite inferir un mantenimiento de los estilos pasivos y no su disminución en el bienestar social, pues, como se observa en la tabla 20 no existe diferencias significativas en esta dimensión.

Así mismo, la prueba T expone diferencias significativas en las doce estrategias en el grupo de tratamiento en la medición post test interpretándose efectividad en los estilos activos, aumento del empleo en la estrategia de Religión y una probable reducción de los estilos pasivos (Espera, Evitación emocional, Reacción agresiva, Evitación cognitiva y la Negación, que como se indicó en el párrafo anterior, pudieron darse en el bienestar psicológico y subjetivo), confirmando el análisis del MANCOVA. Las diferencias significativas en las doce estrategias podrían explicarse a partir del MECS, donde la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí (Díaz et al., 2007), por lo tanto, si hubo un cambio en el bienestar y en el empleo de las estrategias activas en la regulación de la salud mental, no es extraño que también se puedan presentar diferencias en las pasivas/evitativas.

Cabe recordar que el programa abarcó tanto factores protectores como de riesgo siendo configurados en las temáticas de las sesiones donde se brindaron herramientas para afrontar las situaciones que las implicaban, de modo que los cambios en las doce estrategias también se atribuyen al diseño del programa. Por ejemplo, en el factor de riesgo denominado *Conductas agresivas no Adaptativas* se observa como estrategias la Reacción Agresiva, por lo que se creó una sesión denominada Manejando los conflictos donde se estimulan estrategias activas como

la Búsqueda de apoyo social, la solución de problemas entre otras, deseando modificar las conductas agresivas por unas más efectivas y transformar este factor de riesgo.

Lo anterior permite inferir que la *Dificultad en la autoaceptación*, las *Conductas agresivas no adaptativas* y los *Sentimientos de poco dominio sobre el entorno* probablemente se redujeron como factor de riesgo para la salud mental de las víctimas participantes del PIPAAD (hasta dos meses después de su implementación de acuerdo a los resultados de seguimiento), revelando que los individuos han empleado estrategias más adaptativas para responder a las situaciones de su vida. Esto, a su vez, apunta a que los factores protectores identificados en la exploración se fortalecieron mediante la implementación del programa.

Entonces, las evaluaciones pre-post test muestran diferencias significativas o cambios en el grupo de tratamiento que se atribuyen a los estilos activos de afrontamiento fomentados en el PIPAAD, señalándolo como medio efectivo de empleo de recursos que influyen en la adaptación y en la salud mental de manera exitosa. Estos resultados al ser comparados con los del grupo de cusi-control evidencian que, en efecto, el programa de intervención promovió salud mental en los intervenidos haciendo más fuerte los planteamientos acerca de los estilos activos. Además, si se tiene en cuenta que tanto en el MANCOVA como en la prueba T del grupo de tratamiento se revelan cambios en las doce estrategias evaluadas por el EEC-M, es posible que el fomento de los estilos activos haya disminuido el uso de las estrategias menos adaptativas.

De este modo los resultados permiten afirmar, junto con los hallazgos de la DTS, que antes de la implementación del programa las víctimas identificadas con TEPT estaban empleando inadecuadamente sus recursos psicosociales, y al orientar el grupo de tratamiento hacia estilos activos, se generaron cambios significativos en su salud mental. Estudios como el de

Rodríguez et al. (2005) en el contexto del desplazamiento y el de Krzemienet al. (2005), soportan los anteriores resultados señalando que los estilos activos contribuyen a una mejor adaptación al medio, revelando cambios en la solución de problemas. La efectividad del afrontamiento se aprecia, igualmente, en los resultados del estudio de Rodríguez (2006) logrando reducir los niveles de severidad de síntomas del TEPT, influyendo en el funcionamiento óptimo de los individuos.

Por otro lado, en las evaluaciones de seguimiento se halla que los efectos del PIPAAD logran un sostenimiento durante dos meses después en la variable dependiente. Pero, en la observación a los seis meses, la única dimensión que cambió fue el bienestar subjetivo en la variable TIEMPO, respondiendo a la hipótesis general 3 (no se cumple) y sus respectivas hipótesis específicas (se cumplen las hipótesis 3.1 y 3.3 pero no la 3.2).

Es decir, la satisfacción con la vida se vio afectada seis meses después, y se atribuye a la persistencia de problemáticas comunitarias y sociales, lo cual fue confirmado por las líderes J. Oviedo y M. Díaz (comunicación personal, 12 marzo, 2019), indicando amenazas a líderes sociales y víctimas de violencia sociopolítica que se intensificaron a mediados del año 2018, concordando con el Informe de Homicidios Contra Líderes Sociales y Defensores de Derechos Humanos 2010-2019 (Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales, 2019). Así mismo, las líderes señalaron el incremento en la inseguridad comunitaria relacionada con los robos, drogadicción, entre otros aspectos que se muestran como factores de riesgo y, que posiblemente influyeron de manera negativa en la dimensión valorativa cognitiva.

En otras palabras, se cree que el cambio observado en el bienestar subjetivo se debe a que las condiciones de vida y/o las circunstancias se mostraron más hostiles seis meses después de

la intervención debido a factores externos (que marcaron la revictimización), influyendo en los niveles de satisfacción con la vida que pudieron haber instaurado cambios en las estrategias de afrontamiento en interacción con el bienestar psicológico y subjetivo a los seis meses (hipótesis 4). Cabe agregar que la inseguridad, la desesperanza, un abrupto cambio en la sociedad y la violencia son factores que hacen difícil el afrontamiento de problemáticas (OMS, 2004), y en este caso podrían haber producido una visión catastrófica o fatalista sobre la vida.

En síntesis, el no cumplimiento de la hipótesis 3 (donde el Bienestar Subjetivo no sostuvo los efectos del programa seis meses después en la variable de salud mental) se atribuye a los factores de riesgo encontrados en la exploración que siguen afectando a la comunidad de Villas de San Pablo. Si se tiene en cuenta que el bienestar subjetivo se trata de la valoración de la experiencia vital del logro hasta el fracaso o frustración, las problemáticas sociales y comunitarias son experiencias negativas que representan un gran obstáculo para el mantenimiento y/o mejoramiento de la misma sobre todo por el hecho de que estas situaciones han empeorado luego de la implementación del programa.

Contrario a este resultado, Abello-Llanos et al. (2009) señalan en su estudio que a pesar de la experiencia del desplazamiento las personas mostraron un incremento de su satisfacción con la vida, revelando que la actitud fatalista y las creencias negativas hacia la sociedad, no fueron obstáculo para una valoración positiva. Sin embargo, su estudio no implicó la implementación de un programa de intervención, ni la evaluación pre-post test que permitiera observar diferencias en el tiempo de los niveles de satisfacción, siendo una limitante para conocer si a largo plazo pueden existir cambios en esta valoración cognitiva sobre la satisfacción vital.

En cuanto a la hipótesis 4, se observó que las estrategias de afrontamiento no se sostienen dos meses después en el bienestar psicológico, indicando el no cumplimiento de esta hipótesis,

vinculándose a las problemáticas en Villas de San Pablo, ya que estas empeoraron un mes después de finalizar el PIPAAD, según manifestaron las líderes comunitarias J. Oviedo y M. Díaz (comunicación personal, 08 septiembre, 2018). En la medición de los seis meses el bienestar social fue el único que mantuvo sus resultados, hallándose diferencias en las estrategias de afrontamiento en interacción con el bienestar psicológico y el subjetivo atribuidas a la influencia de la valoración cognitiva. En otras palabras, sí hubo diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento activas y pasivas entre los quince días a dos (2) meses; y quince días a seis (6) meses después de finalizar la implementación del programa.

La diferencia en la elección de estrategias en el bienestar psicológico y subjetivo se puede explicar a partir de Blanco y Díaz (2005) tratado en el marco teórico. Estos indican la existencia de una relación estrecha entre ambas dimensiones, debido a que el bienestar psicológico se halla integrado al bienestar subjetivo. Además, estas presentan un interés común en el proceso psicológico (Blanco y Díaz, 2005), y se relacionan con la autoestima, sentimiento de control, relaciones positivas y las expectativas de vida (Eid y Larsen, 2008; Blanco y Blanco, 2018), implicando varias dimensiones del bienestar psicológico, así como la satisfacción con la vida actual y percepción de la misma (Diener et al., 1999).

Las diferencias en las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico a los dos y a los seis meses pudieron haber influido en la satisfacción con la vida debido a la relación entre lo subjetivo y lo psicológico. No obstante, no podría decirse que los cambios en las estrategias a los dos meses en el bienestar psicológico hayan sido negativos, pues la evaluación respecto a la variable dependiente (salud mental) no mostró diferencias y, por lo tanto, las estrategias escogidas siguieron promoviendo salud mental.

De este modo el no cumplimiento de las hipótesis 3 y 4 se adjudica a la influencia de los factores de riesgo suscitados por las problemáticas vivenciadas, debido a que el incremento de los sucesos estresantes genera valoraciones negativas que reflejan insatisfacción con la vida (Velasco et al., 2011), dificultando el afrontamiento de problemáticas sociales y de salud debido a la percepción que genera en la capacidad para dominar la realidad (OMS, 2014).

En síntesis, seis meses después los problemas sociales posiblemente afectaron el sistema de protección individual, generando diferencias en la elección de estrategias para el bienestar psicológico y subjetivo durante esta etapa, infiriéndose disminución de la actividad espontánea. Esto resalta la gravedad de las problemáticas y de los factores de riesgo (como las *Conductas agresivas no adaptativas*) que afectan a las víctimas luego de su desplazamiento, siendo necesaria la generación de intervenciones de forma masiva y regular donde el afrontamiento sea empleado como un recurso válido.

Además de las problemáticas sociales, se podría vincular el hecho de no haber contado con el apoyo de la Unidad de Víctimas del departamento del Atlántico, a quienes la doctoranda acudió para recibir apoyo en la sesión llamada *Dominando mi Entorno - Parte 2*, en el que se invita a un profesional especializado en derechos de las víctimas para brindar información y orientación. Aunque al principio se logró establecer contacto con un representante de la dirección de la Unidad, no fue posible concretar el acompañamiento a pesar de la insistencia por parte de la doctoranda, interpretándose como un hecho que incide en la revictimización. Entonces, la revictimización por parte de la comunidad y del Estado pueden estar influyendo en la satisfacción con la vida, lo que se relaciona con las categorías configuradas dentro de los factores de riesgo como *Sentimiento de poco dominio sobre el entorno* y *Conductas agresivas no adaptativas*. Cabe anotar que autores como Carrascal (2019), señalan que existe un

desconocimiento de los derechos en el contexto del desplazamiento lo que hace oportuno y urgente el acompañamiento jurídico tanto a nivel nacional como internacional como forma de devolver bienestar y dignidad al proyecto de vida que se está reconstruyendo.

Si se tiene en cuenta que en la investigación de Domínguez y Godín (2007), la presencia de los agentes sociales fueron claves en el proceso de afrontamiento, se puede decir que, contar con la Unidad de Víctimas en el PIPAAD, habría generado un mejor resultado a lo largo del tiempo, es decir, un sostenimiento de los efectos en el bienestar subjetivo y en las estrategias de afrontamiento seis meses después. Igualmente, se cree que si el programa hubiese contado con un mayor número de sesiones como querían los participantes (manifestado por ellos mismo en el grupo focal), también podría haber existido una mayor duración de los efectos en la salud mental y en la selección de las estrategias de afrontamiento.

Por su parte, el sistema de protección comunitario no se vio afectado (como se observa en el bienestar social), a pesar de los estímulos estresantes causados por agentes sociales externos al PIPAAD y a los participantes. Con base en los resultados y al grupo focal realizado, se cree que el programa fortaleció la identificación social, la red comunitaria, el apoyo social y la comunicación entre las víctimas participantes, caso que también ocurrió en el programa de Rodríguez (2006) donde se resalta a la intervención grupal como herramienta fundamental en la recuperación individual, permitiendo el relacionamiento y el apoyo en la solución de problemas que crearon y fortalecieron nuevos vínculos. Es decir, el apoyo social dentro de la intervención grupal es un aspecto clave para el afrontamiento efectivo (Páez et al., 2011; Gil-Monte & Peiró, 1998; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Gil-Lacruz, 2007).

Además, trabajar la identidad social como punto de partida de la intervención fue acertado al permitir la identificación con los otros, abarcando sus tres dimensiones: tiempo, movimiento y espacio social; y ayudó a generar vínculos de confianza, identificación, apoyo social, reciprocidad (primordial para la armonía y sostenimiento del grupo; Palacio et al., 2001) y reconocimiento de recursos comunitarios que fortalecieron la grupalidad. Las subdimensiones del factor protector configurado en la exploración como *Reevaluación positiva* donde se encuentran *Vecinos como red de apoyo* e *Interés en recibir apoyo psicológico* (que se relacionan a las estrategias de afrontamiento activo como *Búsqueda de apoyo social* y *Búsqueda de apoyo profesional*) son considerados fuertes dispositivos sociales de protección que se mantuvieron durante la investigación, pues en el análisis de los resultados el bienestar social fue la única dimensión que no se vio afectada mostrando un sostenimiento prolongado de los efectos del programa.

Asimismo, el grupo focal señaló efectividad en la solución de problemas, el establecimiento de vínculos de confianza e identificación/empatía con los pares que se relacionan a las dimensiones de integración social, contribución social y aceptación social, donde la primera apoya los fundamentos de la grupalidad (Blanco y Díaz, 2004, 2005, 2006), considerando que en esta dimensión se fortaleció el empleo de estrategias de afrontamiento activo.

También, se cree que una de las razones por las que el bienestar psicológico mantuvo sus resultados a los dos y seis meses después (hipótesis 3.3) es debido a la influencia de la integridad social (enmarcada en el bienestar social), pues aspectos como la autoestima y sus necesidades socioemocionales se encuentran involucradas en ambas dimensiones, y a su vez,

por la implicación de las relaciones positivas, lo que atañe al bienestar psicológico y al bienestar social.

Entonces, con base en Di-Colloredo et al., (2007), se puede afirmar que la intervención psicosocial, desde los estilos activos de afrontamiento, ayudó a crear condiciones de seguridad que incitaron una mejor adaptación, estimulando la capacidad restaurativa e involucrando activamente a las víctimas en su proceso de recuperación. Así mismo, los estudios de Rodríguez (2006), Krzemienet al. (2005), Jiménez et al. (2016) y Garaigordobil (2001) apoyan los resultados, pues, también muestran al afrontamiento como un medio efectivo para responder asertivamente a problemáticas y optimizar la adaptación de los individuos. No obstante, y en contraste con los estudios anteriores, este trabajo resalta directamente a los estilos activos de afrontamiento como el elemento clave para el fomento de la salud mental y la transformación social.

Por último, y como se indicó en el marco teórico, el afrontamiento no es sinónimo de resiliencia, pero el afrontamiento efectivo (activo) hace parte de su proceso (Botero y Páez, 2013). En este caso, y siguiendo los planeamientos de Domínguez y Godín (2007), Saleebey (1997), Quesada (2003), y Villa (2012), la investigación abarcó los recursos psicosociales y factores protectores vinculados a la resiliencia de modo que ayudó al reconocimiento de las capacidades restaurativas de las personas desplazadas, percibiéndolos como agentes activos, ayudando a su desvictimización. Si los individuos del programa ponen en práctica el afrontamiento activo de forma continua podrían llegar a ser sujetos resilientes.

CONCLUSIONES

Conclusiones generales.

El análisis elaborado sobre los resultados del PIPAAD confirman que un programa de intervención enmarcado desde la dimensión positiva de la salud mental, donde se emplea como medio de intervención el afrontamiento activo, resulta efectivo para manejar situaciones adversas de forma adaptativa y exitosa, generando efectos positivos sobre la salud mental en víctimas de desplazamiento forzado con TEPT. Esto apoya la idea de que las intervenciones grupales facilitan la recuperación rápida y efectiva ante problemáticas (Arias y Ruiz, 2000). En otras palabras, los resultados confirman la validez del PIPAAD. Así mismo, la información brindada por los participantes en el grupo focal ratifica el cumplimiento de los objetivos y efectividad del programa.

En el caso de las estrategias de afrontamiento, se interpreta que sus cambios observados en la medición pre-post test con las doce estrategias se deben a que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí (Díaz et al., 2007), de modo que los cambios en el bienestar y las estrategias activas también pueden haber influido en las estrategias pasivas.

Los resultados de seguimiento indican que los efectos de la intervención se sostienen en la salud mental dos meses después de la implementación, pero luego de seis meses el bienestar subjetivo reveló cambios que se atribuyen al incremento de problemáticas comunitarias y sociales, lo que concuerda con los planteamientos de Velasco et al. (2011), al manifestar que el aumento de acontecimientos estresantes genera valoraciones negativas que influyen en la satisfacción vital y que según la OMS (2014) dificultan el afrontamiento de problemáticas sociales y de salud por la percepción que genera en la capacidad para controlar la realidad.

A pesar de las diferencias en la valoración cognitiva (satisfacción con la vida), en la medición a seis meses después, esta investigación mostró que siguen existiendo indicadores de salud mental (bienestar psicológico y social), y por lo tanto un funcionamiento psicosocial positivo, pues desde el MECS se entiende que la presencia de salud mental supone este funcionamiento (Díaz et al. 2007), como ocurre en Abello-Llanos et al. (2009) y Amarís et al. (2016), en investigaciones con víctimas de violencia socio política.

Dado que las intervenciones psicosociales presentan beneficios para el grupo (Lewin, 1946; Arias y Ruiz, 2000), la identidad social (Amarís et al., 2016), el afrontamiento (Gracia, 2007), y el apoyo social, cuyo elemento se hace relevante para el afrontamiento efectivo (Páez et al., 2011; Gil-Monte & Peiró, 1998; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Gil-Lacruz, 2007), y de que el bienestar social se apoya en su dimensión de la integración social (además de la actualización social), relacionadas al apoyo social y la identidad (Blanco y Díaz, 2004, 2005, 2006), se considera lógico que el bienestar social se haya mostrado firme en el sostenimiento de los resultados destacándose como una dimensión fuerte.

De igual forma, se cree que el bienestar psicológico no presentó cambios a los dos y seis meses después debido al efecto de la integridad social, pues, éste involucra necesidades socioemocionales que influyen en la autoestima y la identidad (aspectos del bienestar psicológico), y que presentan relación con actividad espontánea. Además, el programa fomentó las relaciones positivas que también atañe a ambas dimensiones.

Sobre el no sostenimiento de los efectos en las estrategias activas y pasivas en relación con el bienestar psicológico a los dos y seis meses, y en el bienestar subjetivo a los seis meses, se adjudica a dos aspectos: 1) la realidad recrudescida que afecta la percepción sobre el dominio

del entorno, la satisfacción vital, y por lo tanto, la elección de estrategias de afrontamiento si se tiene en cuenta lo antes indicado por Velasco et al. (2011) y la OMS (2014); y 2) la estrecha relación entre ambas dimensiones, ya que el bienestar psicológico se halla integrado al bienestar subjetivo (Blanco y Díaz, 2005).

El afrontamiento se muestra en este trabajo como un recurso con gran potencial para la intervención psicosocial en salud mental. Así mismo, su empleo en estudios con diversas poblaciones, como en el caso de los desplazados forzados en Colombia, sustentan su efectividad como factor protector. Esta es una variable reguladora de la salud mental que debe ser fomentada en la orientación interventiva de la psicología social. Cabe agregar, que programas de intervención en otros contextos como el de Krzemienet al. (2005), también tratan la importancia del afrontamiento activo como recurso de intervención. Además, la espontaneidad relacionada en este trabajo al recurso emocional igualmente sirvió para el fomento de la actividad, potenciando los estilos activos de afrontamiento señalando la importancia del aspecto emocional en la salud mental, y sirviendo a la desvictimización de los afectados, resaltándolos como agentes activos. En comparación con la intervención efectuada por Rodríguez (2006) quien se centró en el trastorno, este trabajo se centró en la promoción de la salud mental y reconoció las capacidades restaurativas de los afectados desde una posición activa.

Aquí el afrontamiento fue trabajado desde la dimensión individual y colectiva, pues la realidad de las personas se basa en la interacción de ambas partes. Además, la experiencia de este macroestudio reveló, que, lo esencial en un proceso de intervención es reconocer tanto al individuo como al grupo, es decir, trabajar colectivamente sin desconocer la individualidad/identidad, pues los dos son necesarios para la construcción de la realidad bajo

estudio, logrando revelar recursos psicosociales, factores de riesgo y protección que encaminan el proceso de intervención, importantes en el campo de la promoción de la salud.

Se considera que si se estimula a los individuos a cultivar estrategias de afrontamiento activo como hábito antes los sucesos de la vida pueden convertirse en sujetos resilientes, pues el afrontamiento favorece la resiliencia, y produce conductas que mejoran la adaptación, y, por ende, la salud mental, exponiéndose como factor protector de la resiliencia (Domínguez y Godín, 2007).

También, el modelo de salud mental escogido, el MECS, cuya definición involucra los aspectos de la salud mental dados por la OMS, dieron cuenta del perfil psicosocial de salud mental de las víctimas, ayudando a una aproximación de la realidad, contribuyendo al diseño del programa. El MECS proporcionó información relevante tanto en la exploración como en los resultados cuantitativos de la investigación, revelando indicadores de salud mental en las víctimas en ambas fases de investigación a pesar de la presencia del TEPT, facilitando la promoción de la salud mental desde sus dimensiones, y presentando aspectos relacionados con otros estudios en el contexto de la violencia sociopolítica.

Respecto a la reflexión de Villa (2012), sobre el enfoque psicosocial desde cuatro niveles (ontológico, epistemológico, metodológico y ético-político) se considera que el modelo de intervención psicosocial de Mayo y La France (1980) que comprende la gestión social que se genera dentro de la I-A (Lewin, 1946), ayudó a llevar a cabo un proceso psicosocial satisfactorio, desde la investigación inicial hasta la acción, posibilitando la construcción de un proyecto en concordancia con el conocimiento social, que logró integrar la investigación cualitativa y cuantitativa.

El primer elemento del Modelo de intervención psicosocial de Mayo y La France (1980) se halla en los objetivos de esta investigación donde se expone un claro interés en la promoción de la salud mental de las víctimas con TEPT. Luego el segundo elemento se encuentra integrado en la fase cualitativa permitiendo obtener una aproximación de la realidad revelando factores protectores y de riesgo y sus diferentes recursos psicosociales, que fueron tenidos en cuenta para el PIPAAD, esperando mediante la promoción de la salud, transformar los factores de riesgo (OMS, 2004), reconociendo las capacidades restaurativas de las víctimas (Domínguez y Godín, 2007; Hoyos, 2014), contribuyendo al propósito de la práctica lewiniana de la I-A para la transformación social.

El tercer elemento del modelo se encuentra en la fase cuantitativa donde se presenta el diseño, implementación y evaluación del programa de intervención psicosocial, que mediante la construcción colectiva de la realidad y la aplicación de estrategias de intervención no sólo mejoró la salud mental de las víctimas en condición de desplazamiento, sino, además, reconoció implícitamente sus derechos como ciudadanos, y como personas con necesidades, aportando a la reconstrucción de la dignidad humana coherente con el enfoque Psicosocial (Minsalud, 2018).

Si bien, la intervención psicococial no es un trabajo sencillo debido al contexto y las posibles circunstancias externas adversas, se hace indispensable la creatividad, constancia y disciplina de quien interviene para que todas las piezas de la investigación puedan encajar y funcionar del modo más eficiente y exitoso. En otras palabras, se hace necesario visualizar todos los elementos posibles entre el mar de paradigmas, enfoques, herramientas, técnicas y estrategias existentes para facilitar y orientar de la mejor manera la labor de la intervención.

En este caso, la psicoeducación y la lúdico-educación, cuyas herramientas son comunes y reconocidas como medio de cambio social, fueron los aliados del PIPAAD. La psicoeducación y la actividad lúdico-educativa fueron una herramienta metodológica introducidas en el *Diseño e Implementación* del programa de intervención que se relacionan a la segunda fase del esquema de Mayo y La France (1980): *Diseño, ejecución y supervisión*, vinculadas al tercer y último elemento del modelo. Estas herramientas y el modelo psicosocial trabajado no son opuestas pues las primeras sirven como medio de intervención que permiten beneficios para afrontar problemas. Cabe agregar que la problemática del desplazamiento incrementa con el paso del tiempo (IDMC, 2017), por lo que el aporte con este tipo de intervenciones es relevante para la situación del país en temas de violencia socio-política y desarrollo social.

Este programa se considera oportuno, pues además de identificar a quienes presentaron el TEPT, la mayor parte de ellos indicó no haber obtenido atención psicosocial desde su desplazamiento. En este orden de ideas, parece que la necesidad de la población víctima por sentirse atendida también jugó un papel importante dentro de los resultados de la intervención, y su efectividad no sólo podría atribuirse a la exploración en el trabajo de campo, y/o al diseño del programa mismo. Esto se notó en la asistencia por parte de los participantes dentro de las sesiones, donde el porcentaje de deserción no fue tan alto como se esperaba, a pesar de que en esta época incrementaron las noticias sobre amenazas y asesinato a líderes sociales, y a víctimas de desplazamiento, así como el aumento de la inseguridad y problemáticas en la comunidad.

Entonces, se cree que la motivación por parte de las personas desplazadas, así como la presencia del profesional en psicología escuchándolos e involucrándolos en las actividades de las sesiones como agentes activos, fomentando su espontaneidad para afrontar (y por ende su

propia transformación), pudo ejercer gran influencia en los resultados del programa. Además, y como se observa en los resultados sociodemográficos, son las mujeres las que mostraron mayor participación dentro de la investigación, lo que puede vincularse a su alta vulnerabilidad y mayor necesidad en la atención psicosocial debido al impacto del desplazamiento en ellas.

Igualmente, se considera que haber tenido el respaldo de distintos agentes sociales fueron elementos/herramientas fundamentales que ayudaron durante al proceso de la investigación e intervención. Las principales instituciones que apoyaron este macroestudio fueron COLCIENCIAS y la Gobernación del Atlántico quienes creyeron desde el inicio en la potencialidad y alcances de este trabajo, otorgando a la doctoranda la posibilidad de cursar su investigación doctoral. Luego, el respaldo de la oficina DINCS de la Fundación Mario Santo Domingo, quienes sirvieron de puente con la comunidad; la financiación por parte de la DIDI de la Universidad del Norte en la implementación del PIPAAD; el apoyo y disposición de los Univoluntarios y de las líderes comunitarias, así como trabajar las sesiones dentro de la comunidad fueron parte de estos elementos.

Los profesionales de la salud, en este caso los psicólogos del campo social, deben comprometerse con su profesión, teniendo en cuenta que su quehacer implica el interés por el cambio social, involucrando voluntad, disciplina, constancia y creatividad como elementos importantes para este propósito. Estos deben mostrarse flexibles, haciendo uso de los conocimientos de la psicología para el beneficio social, por tanto, ella debe estar al servicio de la humanidad como lo manifiestan Daza et al. (2011) exponiendo que la obtención de conocimiento es sólo un medio para mejorar la existencia de las personas afectadas por las problemáticas sociales.

Por último, se espera que este trabajo logre aportar al conocimiento científico, pues, son pocas las publicaciones sobre programas de intervención psicosocial (y evaluación de los mismo) en desplazados forzados. Así mismo, se espera mejorar las condiciones de las víctimas de desplazamiento, donde el PIPAAD sirva de modelo a otros departamentos y/o regiones del país.

Aportes de la investigación.

Como se ha manifestado desde su justificación, el tema del desplazamiento forzado ha sido siempre de gran relevancia en el contexto colombiano por el impacto generado en la población civil, así como por las afectaciones de diversa índole que quebrantan gravemente la salud mental de los individuos, generalmente a los pobladores rurales quienes son los más vulnerables ante las circunstancias que conlleva el desplazamiento (cambios de vida del pueblo a la ciudad, discriminación, pobreza, etc).

En el caso de esta investigación, los datos sociodemográficos recolectados de la segunda fase indicaron que la mayor parte de las personas asistentes a las convocatorias no recibió ayuda psicológica luego de su desplazamiento a pesar de que en promedio han transcurrido 16 años del evento, lo que muestra la urgencia por la implementación de estrategias y programas que atiendan las necesidades psicológicas y emocionales de los mismos, pues casi la mitad ha desarrollado el TEPT entre otros trastornos, manteniéndose en el tiempo y con la posibilidad de empeorar el estado mental. Entonces, y desde una perspectiva social, un proyecto de investigación como el que se ha llevado a cabo resulta siempre útil para amortiguar las problemáticas y consecuencias de la violencia socio-política, de modo que apoya a la salud y por ende al desarrollo social.

Desde una perspectiva científica, se aporta con la propuesta de un nuevo diseño interventivo desde la dimensión positiva de la salud, reconociendo los factores protectores y de riesgo (apoyados por la literatura científica y resultados de la exploración), así como recursos psicosociales implicados que ayudaron a la construcción del programa, resaltando como principal factor protector al afrontamiento activo, que sirvió como medio eficaz de la promoción de la salud mental en su implementación, y señalando, también, a la espontaneidad como recurso intrínseco capaz de potenciar el afrontamiento. Cabe anotar que esta investigación reconoce a los individuos como agentes activos con capacidades para generar su recuperación y transformación.

Así mismo, se promueve como herramientas útiles y dinamizadores para la intervención a la psicoeducación y la lúdico educación resultando prácticas y económicas tanto en dinero como en tiempo, logrando atender a un mayor número de personas en comparación con una atención psicológica individual, que a pesar de considerarse más beneficiosa (por profundizar en las problemáticas/necesidades individuales y ser a largo plazo), en este caso se hace difícil ante las circunstancias externas que limitan la atención (problemáticas sociales que acortan tiempos de implementación: amenazas a la vida de los participantes, inseguridad en la zona, cambio de lugar de residencia, pobreza, problemáticas para prestar espacios de atención por un largo periodo, etc.). Entonces, proceder de forma colectiva es una buena opción, pues, además, se reconocen sus beneficios en diversas poblaciones y estudios.

También, se aporta a la ciencia mediante la creación y divulgación de la investigación, ya que estudios más actuales como el de Valencia-Agudelo et al. (2019) siguen señalando baja producción y dificultades en el abordaje de los efectos sobre el desplazamiento forzado, aspecto que se refleja en este macroestudio donde fue poco usual encontrar programas de

intervención y procesos de evaluación publicados, evidenciándose esto en el 2,96% de las publicaciones revisadas relacionadas a propuestas o estrategias de intervención, lo que es un índice muy bajo como aporte a la problemática y a la generación de nuevos diseños o estrategias de intervención social. Además, la evaluación de la intervención psicosocial es un aporte importante de este trabajo, ya que, ha sido difícil encontrar estos procedimientos, y es una necesidad en los procesos de rendición de cuentas de las intervenciones psicosociales que deben exigirse en el desarrollo de proyectos.

Desde una perspectiva institucional, se presenta un estudio novedoso que fusiona dos líneas de dos grupos de investigación en psicología de la Universidad del Norte, y con las que se contribuyó a la producción científica, esperando a que el PIPAAD sirva de modelo a nivel, local, regional o nacional para profesionales en psicología, fundaciones, el Estado, y todos aquellos interesados en la promoción de la salud mental en personas en condición de desplazamiento y en la transformación social.

Limitaciones.

El primer obstáculo se evidenció con la oficina DINCS de la Fundación Mario Santo Domingo quienes, a pesar de hacer el vínculo con las víctimas, retardaron durante meses el encuentro, realizando cancelaciones de último momento. Así mismo, y a pesar de mostrar disposición ante las peticiones realizadas, se hallaron dificultades para el cumplimiento de las mismas, como en el caso de apartar los espacios comunitarios para hacer las convocatorias o para las actividades del programa mismo, por lo que se recurrió al apoyo de las líderes comunitarias del lugar, quienes facilitaron la investigación.

Siguiendo con el tema de las instituciones, se hace referencia también al caso ocurrido con la Unidad de Víctimas del departamento del Atlántico, donde no hubo presencia de la misma a pesar de la invitación al programa. Igualmente, se acudió a otros profesionales para obtener apoyo en estas sesiones, pero las respuestas fueron negativas. Por tal razón, se pidió apoyo a un líder social, abogado y víctima de desplazamiento que prestó sus servicios de manera gratuita para esta actividad. No obstante, se considera que en esta sesión era ideal contar con la presencia y orientación del personal de la Unidad de víctimas, pues, como representantes del Estado deben velar por la recuperación de los mismos. Se cree que su presencia podría haber brindado un mayor sentido de dominio del entorno, así como el sentimiento de apoyo social y profesional, ya que existe un desconocimiento de los derechos en el contexto del desplazamiento (Carrascal, 2019), y la orientación por parte de esta entidad habría sido importante para el fomento del bienestar.

En cuanto a logística, se encontraron obstáculos con los posibles lugares de intervención comunitaria, ya que la disponibilidad y horarios de los mismos eran limitados debido a su ocupación con otras actividades por parte de la oficina DINCS, la Alcaldía de Barranquilla, entre otras entidades. Debido a esto el PIPAAD no tenía posibilidad de tomar un mayor número de horas para dividir el grupo de tratamiento en grupos más reducidos, siendo esta la mayor limitante de la investigación, y esto tampoco posibilitaba agregar más sesiones al programa.

Las problemáticas a nivel local y nacional, que registraron un alto número de líderes sociales y víctimas de desplazamiento asesinadas, así como el incremento en el número de amenazas de muerte, estuvieron presentes durante la investigación. Es decir, la situación del

país también se muestra como una limitante para las intervenciones, pues afecta negativamente la percepción de la vida en las víctimas.

En cuanto a la muestra, era deseable que ambos grupos permanecieran lo más completo posible en las mediciones pre-post test, así como en las evaluaciones de seguimiento lo que hubiese potenciado los resultados. Además, el porcentaje de deserción en el periodo de seguimiento imposibilita conocer los efectos en el tiempo en los participantes del grupo de tratamiento no localizado en estas etapas, convirtiéndose en una limitante en los resultados de impacto del PIPAAD en la muestra total de este grupo, y señala un panorama difícil para agregar una medición a largo plazo, sumándose a esto las problemáticas sociales y comunitarias.

Por último, se quiere aclarar que no se evaluaron los efectos de la intervención sobre el TEPT (como ocurrió en el estudio de Rodríguez, 2006), dentro del diseño cuasi-experimental, ya que se abarcó a la salud mental desde una dimensión positiva, valorando las diferencias significativas que evidenciaran su promoción. De manera que no se puede confirmar la reducción de síntomas de trauma, pues, también se necesitaría de su medición para respaldarlo y se piensa que para trabajar directamente sobre la patología es necesario una atención más individual, especializada y a largo plazo que atienda las necesidades propias del trastorno (OMS, 2008). Sin embargo, puede ser posible que los resultados hayan influido en la reducción de los síntomas si se tiene en cuenta, de acuerdo al MECS, que la salud y la enfermedad son dimensiones unipolares que presentan correlación (Díaz et al., 2007). Del mismo modo, y con base en la OMS (2013) se cree que la ausencia de enfermedades mentales no es garantía de salud mental.

Retos para el futuro.

Con base en la experiencia obtenida en la investigación, se considera que los siguientes puntos deben de ser tenidos en cuenta por parte de los profesionales involucrados en el tema de las víctimas de desplazamiento para mejorar el manejo de la problemática:

- Replicar o crear nuevos diseños de intervención en salud mental a partir de la exploración/ aproximación de la realidad.
- Realizar un seguimiento periódico (y a largo plazo) sobre los efectos de la atención psicosocial brindada.
- Brindar una atención individual en paralelo a la intervención grupal.
- Realizar publicaciones sobre estudios y programas de intervención en esta población como aporte a la ciencia y para nuevos programas de intervención.
- Estimular la participación del género masculino en las investigaciones e intervenciones.
- Contar con el respaldo de las entidades que velan por el bienestar social y los derechos de las víctimas.

REFERENCIAS

- Abadía Urrutia, R., y Ferrer Salcedo, L. (2007). Recuperación de proyectos de vida y superación del impacto del desplazamiento forzado con familias desplazadas en Quibdó, Chocó. *Revista Institucional Universidad Tecnológica del Chocó: Investigación, Biodiversidad y desarrollo*, 26(2) 44-48.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18636/biodesarrollo.v26i2.479>
- Abello-Llanos, R., Amaris-Macías, M., Blanco-Abarca, A., Madariaga-Orozco, C., Manrique-Palacio, K., Martínez-González, M., Turizo-Palencia, Y., y Díaz-Méndez, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Universitas Psychologica*, 8, 455-470. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165014>
- Agudelo-Vélez, D.M. (2018). Presentación. Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención. *Revista de Estudios Sociales*, (66), 2-8. DOI: 10.7440/res66.2018.01
- Aguilar, M., Morillas, D., y Patró, R. (2011). *Victimología. Un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización*. Madrid: Editor: Dykinson.
- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., y Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6 (3), 623-635. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760314>
- Alfaro, J., Sánchez, A., y Zambrano, A. (2012). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y experiencias*. Buenos aires: Paidós Tramas sociales 68, primera edición.

Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa.*

Madrid: Editorial Fundamentos.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018). *Tendencias globales.*

Desplazamiento forzado en 2017. Recuperado de www.unhcr.org/statistics

Alvarán, S., García, M., y Gil, J. (2009). Desplazamiento forzado y proyecto de vida: Un

estudio de caso en Colombia. *Fórum de Recerca*, (15), 317-338. Recuperado de

http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77647/forum_2009_22.pdf?sequence=1

Álvarez, O. (2008). *Estado social de derecho, corte constitucional y desplazamiento forzado*

en Colombia. Bogotá, D.C: Siglo del Hombre Editores

Alvis, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención Psicosocial. *Revista Electrónica de*

Psicología Social Poiésis, (7). Recuperado de

<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/189>

Amarís, M., Abello, R., Acuña, E., Buelvas, F., Santamaría, A., y Turizo, Y. (2009).

Construcción de estrategias de intervención psicosocial para la población desplazada

y mujeres víctimas de violencia de género. Informe de Investigación, Departamento de

Investigación y Desarrollo. Barranquilla: Universidad del Norte.

Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Acuña, E., Valle, M., Giraldo, V. y Artuz, L. (2016).

Estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la promoción y fortalecimiento de la salud mental en población víctima de la violencia política. En M. Gutiérrez y B.

Sarmiento (Eds.), *Gobierno y gobernanza: problemas, representaciones y políticas*

frente a graves violaciones a los derechos humanos (pp. 211-236). Cátedra UNESCO.

Bogotá, D .C: Universidad Externado de Colombia.

- Amarís, M., y Buelvas, F. (2010). Comprensión del bienestar en una persona desplazada por la violencia sociopolítica. *Psicología desde el Caribe*, (26) 156-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039009>
- Amarís, M., y Madariaga, C. (Comp.) (2018). *Intervenir para reparar: Recuperación de la dignidad y la salud mental en contextos de violencia*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R) (3a. ed. rev.)*. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, J. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 7(20), 111-148. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/709/70922149005.pdf>

- Andrade, J., Albarracín, P., Giraldo, J., y Rico, A. (2012). Razones para vivir en personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2) 198-210. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123803>
- Aranguren, M., & Irrazabal, N. (2015). Estudio de las propiedades psicométricas de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de estudiantes argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 9 (1), 73 – 83. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545409008>
- Ardila, R. (2003) Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2) ,161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Arias, B. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276–282. DOI: [http://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70020-9](http://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70020-9)
- Arias, F., y Ruiz, S. (2000). Construyendo caminos con familias y comunidades afectadas por la situación del desplazamiento en Colombia: Una experiencia de Trabajo psicosocial. En: M. Bello., E. Martín., y F. Arias, (Eds.), *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento* (pp. 37-69). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>

- Avendaño, B., Avendaño, G., Cruz, W., y Cárdenas-Avendaño, A. (2014). Guía de referencia para investigadores no expertos en el uso de estadística multivariada. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(1), 13-27. DOI: 10.15332/s1794-9998.2014.0001.01
- Ayala, L. (2002). La violencia en Colombia: una aproximación desde la salud mental. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2(1), 13-36. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen2_numero1/articulo_2.pdf
- Barrera, M. (2008). Diferencias estadísticamente significativas vs. relevancia clínica. *CES Medicina*, 22 (1), 89-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261121009010.pdf>
- Barrera Valencia, M., Londoño Arredondo, N. H., Henao López, G.C., y Calderón Delgado, L. (2015). Perfil cognitivo del trastorno por estrés postraumático agudo en personas víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 57-72. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280331>
- Barrio, J., García, M., Ruiz, I., y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 37-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(S1), 21-27. DOI: 10.1157/13057542
- Baum, F. (1998). *La nueva salud: una perspectiva australiana*. Melbourne: Oxford University Press.

- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.
- Bello, M. (2000). Narrativas alternativas: rutas para reconstruir la identidad. En M. Bello., E. Martín., y F. Aria (Eds.) *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento* (pp. 141-164). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bello, M. (2004). Identidad y desplazamiento forzado. *Revista Aportes Andinos* 8. *Desplazamiento forzado y refugio*, 1-11. Recuperado de <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanalisiss/2/desplazamientoforzadoyrefugio/articulos/marthabello.pdf>
- Bello, M., Martín, E., y Arias, F. (Eds.). (2000). *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Blanco, A. (1995). *Cinco tradiciones en la psicología social*. (2da edición). Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Blanco, A., y Amarís, M. (2014). La ruta psicosocial del desplazamiento: una perspectiva de género. *Universitas Psychologica*, 13(2) 661-679. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64732221022>

- Blanco, R., y Blanco, A. (2018). La salud como un estado de bienestar. En: M. Amarís y C. Madariaga (Comp.), *Intervenir para reparar: Recuperación de la dignidad y la salud mental en contextos de violencia* (pp. 81-138). Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Blanco, A y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés protraumático. *Clínica y Salud*, 15, 227–252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180617834001>
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582–589. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717407>
- Blanco, A., y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7–29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000100001
- Blanco, A., y Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez (Eds). *Intervención psicosocial* (pp. 3-44). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Blasco, J., y Casado, D. (2009). *Guía práctica 5 Evaluación de impacto. Colección Ivàlua de guías prácticas sobre evaluación de políticas públicas (1ra ed.)*. Barcelona: Ivàlua.
- Bobes, G. J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., RicoVillademoros, F., González, M. P., Bascarán, M., Bousoño, M. & grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Acta Española de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.

Recuperado de https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2000_Bobes_Evaluacion.pdf

Bogic M., Njoku A., & Priebe S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29.

DOI:10.1186/s12914-015-0064-9

Borda Bohigas, J. P., Carrillo, J. O., Garzón, D. F., Ramírez, M. P., y Rodríguez, N. (2015).

Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado.

Revista Colombiana de Psiquiatría, 44(1), 41–49. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>

Botero, J., y Páez, E. (junio de 2013). *Caminos para la resiliencia*. Boletín informativo No. 3.

Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de

[http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/2f56b608-5bdc-44c5-a78a-](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/2f56b608-5bdc-44c5-a78a-83298c5f54ea/Bolet%C3%83%C2%ADn+3_Afrontamiento+y+Resiliencia.pdf?MOD)

[83298c5f54ea/Bolet%C3%83%C2%ADn+3_Afrontamiento+y+Resiliencia.pdf?MOD](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/2f56b608-5bdc-44c5-a78a-83298c5f54ea/Bolet%C3%83%C2%ADn+3_Afrontamiento+y+Resiliencia.pdf?MOD)
=AJPERES

Britton, P.C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research and Theory*, 12, 103-

114. DOI: 10.1080/16066350310001613062

Broner, N., Borum, R., Whitmire, L., & Gawley, K. (2002). A Review of Screening

Instruments for Co-occurring Mental Illness and Substance Use in Criminal Justice

Programs. In G. Landsberg., M. Rock., Berg, L.K.W., & A. Smiley (Eds), *Serving*

mentally ill offenders and their victims: Challenges and opportunities for mental health

professionals (pp. 289-337). New, York: Springer Publishing Company.

- Buceta, J., Bueno, A., y Mas, B. (Eds) (2001). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Buendía, J., y Mira, J. M. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., y Mongiello, E. (2008). *El uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica*. Recuperado de www.fundacioniccap.org.ar/investigacion.php
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cabañero, M.J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=968057>
- Camilo, G. (2000). Impacto psicológico del desplazamiento forzoso: estrategia de Intervención. En M. Bello., E. Martín., y F. Aria (Eds.) *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento* (pp. 15-35). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Campo-Arias, A., y Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212–217. DOI: doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., y Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177–185. DOI: doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003

- Campos, M., Páez, D., y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 277-286. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154666>
- Carrascal Vergel, A.M. (2019). El desplazamiento forzado interno en la región del Catatumbo: vulneración masiva de derechos. *Reflexión Política*, 21 (42), 94-107. DOI: 10.29375/01240781.3467
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Casado, J.M., Bernal, E., Mozas, A., Fernández, D., y Medina, M. (2017). Medición del impacto social y económico: políticas públicas de emprendimiento en Andalucía. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (90), 75-102. DOI: 10.7203/CIRIEC-E.89.8166
- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Semenova, N., Salas, C., Buitrago, C., y Agudelo, M.A. (2018a). *Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura*. Medellín: Editorial CES.
- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., y Buitrago, C. (2018b) Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*, 38, 77-92. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Castrillón-Guerrero, L., Riveros, V., Knudsen, M.L., López, W., Correa-Chica, A., y Castañeda, J.G. (2018). Comprensiones de perdón, reconciliación y justicia en

- víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 63, 84-98. DOI: <https://dx.doi.org/10.7440/res63.2018.07>
- Chamberlain, K. (1988). On the structures of well-being. *Social Indicators Research*, 20(6), 581-604. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03359559>
- Chaskel, R., Gaviria, S., Espinel, Z., Taborda, E., Vanegas, R., & Shult, J. (2015) Mental health in Colombia. *BJPSYCH INTERNATIONAL*, 12(4), 95-97. DOI: <https://doi.org/10.1192/S2056474000000660>
- Chen, Z., Ortega, A., Worthington, E., Britt, E., & Csikszentmihaly, M. (2019). Trauma and well-being in colombian disaster contexts: effects of religious coping, forgivingness, and hope. *The Journal of Positive Psychology*. DOI: 10.1080/17439760.2019.1663254
- Chicharro, M. (2003). La perspectiva cualitativa en la investigación social: la entrevista en profundidad. *Enlaces: revista del CES Felipe II*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3692523>
- Chorot, P., y Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. Madrid: UNED.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2015). *Una nación desplazada: informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia*. Bogotá: CNMH – UARIV. Recuperado de www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/nacion-desplazada/una-nacion-desplazada.pdf
- Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, & Programa Mundial de Alimentos. (2007). *Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención*. Bogotá

D.C.: [s.n.] Recuperado de <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/346/1/D-122-CICR-2007-321.pdf>

Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales (2019).

Informe de Homicidios Contra Líderes Sociales y Defensores de Derechos Humanos 2010-2019. Recuperado de

http://www.derechoshumanos.gov.co/Prensa/2019/Documents/INFORME%20LDDH%20ACTUALIZADO%2017%20DE%20JULIO_V2.pdf

Corona, B., Hernández, M., y García, R. (2016) Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011>

Cuevas-Cancino, J., y Moreno-Pérez, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218. DOI: 10.1016/j.reu.2017.06.003

Cyrułnik, B. (2000). *La Resiliencia: Desvictimizar la Víctima*. Cali: Editorial Rafue.

Davidson, J. R. T. (1996). *Davidson Trauma Scale*. Toronto, Canada: Multi Health Systems Inc

Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R., & Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder.

Psychological Medicine, 27(1), 153-160. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291796004229>

- Daza, J; Cardona, D, y Granada; P. (2011). Entre la epistemología y la ética: investigando el desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 534–544.
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n3/v40n3a11.pdf>
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2002). The Qualitative Inquiry Reader. *Forum: Qualitative Social Research*, 3(4), Art. 35. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/780/1692>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2006): *Mapa de migración interdepartamental según cambios de residencia durante los últimos cinco años*. Bogotá: DANE
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19, 286-294. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719217>
- Díaz, C., y Navarro, P. (1998). Análisis de contenido. En: J. Delgado y J. Gutiérrez. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 177-224). Madrid: Editorial Síntesis.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 8(3), 572-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Di-Collredo, C., Aparicio Cruz, D.P., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2) 125-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>

- Diener, E. (1998). Subjective well-being and personality. In D. F. Barone, M. Hersen, & V. B. Van Hasselt (Eds.), *The Plenum series in social/clinical psychology. Advanced personality* (pp. 311-334). New York, NY, US: Plenum Press. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-8580-4_13
- Diener, E. (2000) Subjective Well-being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., & Suh, E. M. (Eds.). (2000). *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Revista de Psicooncología*, 4(2-3), 405-415. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220405A/15636>
- Domínguez, E. (2018). Los recursos familiares para afrontar la adversidad del desplazamiento forzado. *Psicología desde el Caribe*, 35(2), 145-155. DOI: 10.14482/psdc.35.2.8599
- Domínguez De la Ossa, E., y Godín Díaz, R. (2007). La resiliencia en familias desplazadas por la violencia sociopolítica ubicadas en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, (19) 154-180. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301907>

- Driessnack, M., Sousa, V. y Costa, I. (2007). Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(5), 179-182. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a24.pdf
- Du Ranquet, M. (1996). *Los Modelos en Trabajo Social: El Modelo Diagnostico o Psicosocial*. México: Editores Siglo Veintiuno.
- Duverger, M. (1986). *Métodos de las ciencias sociales*. Tercera reimpresión. México DF: Editorial Ariel.
- Echenique, C., Medina, L., Medina, A., y Ramírez, A. (2008). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, (21), 122-135. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302107>
- Eid, M. & Larsen, R. (Eds.). (2008). *The science of subjective well-being*. Nueva York: The Guilford Press.
- El Congreso de la República. (2011). *Ley 1448 de 2011*. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
- Elliot, J. (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción* (trad. Pablo Manzano). Madrid: Morata.
- Engel, S., & Ibanez, A. (2007). Displacement Due to Violence in Colombia: A Household-Level Analysis. *Economic Development and Cultural Change*, 55(2), 335–365. DOI: <http://doi.org/10.1086/508712>

- Escolar, C., y Travi, B. (2010). Prácticas profesionales, modelos de intervención y proceso de producción de conocimientos. *VI Época*, (1), 74 - 89. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/23883/22462>
- Falla, U., Chávez, Y., Molano, G. (2003). Desplazamiento Forzado En Colombia. Análisis documental e informe de investigación en la Unidad de Atención Integral al Desplazado (UAID). *Tabula Rasa* (1), 221-234. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/396/39600111.pdf>
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 100-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950140018003>
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (96), 35-53. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153/15309604>
- Fernández, J., y Puentes, A. (2009). La noción de campo en Kurt Lewin y Pierre Bourdieu: un análisis comparativo. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 127, 33-53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99715163002>
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal., F. Palmero., M. Chóliz., y F. Martínez (Eds.) *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E., y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Ferrando, L., Bobes J., Gibert, J., Soto, M., y Soto, O. (2000). MINI International Neuropsychiatric Interview, Versión en español 5.0.0 DSM-IV.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

- Folkman, S., y Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*, 55, 745-774. DOI:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Fuentes, M. (1997). La intervención psicosocial: su implementación a través de programas de entrenamiento en el ámbito grupal. *Revista cubana de psicología*, 14 (2). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n2/05.pdf>
- Fromm, E. (1973). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Fromm, E. (1975). *Anatomía de la destructividad humana*. México: Siglo veintiuno editores.
- Fromm, E. (1997). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea: hacia una sociedad sana: Caminos hacia la salud mental*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galli, E., Feijóo, L., Roig, I., y Romero, S. (2002). Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Revista Médica Herediana*, 13(1), 19-25. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf>
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina*. 4 (1), 63-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, 9 (2), 221-246. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2826475>
- García-Vesga, M.C; y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana*

- de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=773/77325885001>
- Garnezy, N. & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, E. Taylor & L. Herson (eds.) *Child and adolescent psychiatry*, (pp. 191-207). Oxford, UK: Blackwell Scientific.
- Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. Málaga: Síntesis.
- Ghiso, A. (1999). Acercamientos: el taller en procesos de investigación interactivos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 5(9) 141-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31600907>
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza, España: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (1998). A study of significant sources of burnout syndrome in workers of occupational centers for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/reprints/1997/6.pdf>
- Gil-Monte, P., y Peiró, J. M y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263235821_Influencia_de_las_variables_de_caracter_sociodemografico_sobre_el_sindrome_de_burnout_Un_estudio_en_una_muestra_de_profesionales_de_enfermeria
- Giraldo, L., Gómez, J., y Maestre, K. (2008). Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares de víctimas de desaparición forzada en la ciudad de

Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 27-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503005>

Glass, G., Peckham, P., & Sanders, J. (1972) Consequences of failure to meet assumptions underlying the fixed effects analyses of variance and covariance. *Review of Educational Research*, 42(3), 237-288. DOI: <https://doi.org/10.3102/00346543042003237>

Gómez, A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Monitor estratégico*, (7),66-73. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Gómez, C. (2012). Espiritualidad y desplazamiento: consideraciones para los estudios de migración. *Theologica Xaveriana*, 62 (173), 61-84. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/thxa/v62n173/v62n173a03.pdf>

Gómez, G. (2007). La familia y su reconfiguración a partir del desplazamiento forzado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2) 36-43. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072007000200003&script=sci_abstract&tlng=es

Gómez-Restrepo, C., Tamayo Martínez, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina Rico, M., Rengifo, H., y Bautisa, N. (2016a). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 58 –67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>

- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., y Rincón, C.J. (2016b) Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (S1) 147–153. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- Góngora, V., y Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183–205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827002>
- González, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 123-130. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200013&lng=en&tlng=.
- González, M. (2002). Desterrados: el Desplazamiento forzado sigue aumentando en Colombia. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 9(27), 41-78. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105/10502702>
- Gracia, E. (1998). La psicología comunitaria en los pasillos: reflexiones sobre la pregunta de un alumno. En D. Páez y S. Ayestarán (Eds.), *Los desarrollos de la Psicología Social en España*, (p. 129-134). Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Gracia, E. (2007). El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar. En A. Blanco y J. Rodríguez (coords). *Intervención psicosocial* (p.301-322) Madrid: Pearson Educación, S.A.

- Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C., y Díaz, M. (2013). Análisis Psicométrico Preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos. *Summa Psicológica UST*, 10 (2), 41-48. DOI: 10.18774/448x.2013.10.139
- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Henderson, S., Byrne, D.G., & Duncan-Jones, P. (1981), *Neurosis and the social environment*. Londres: Academic Press.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3ª ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 289-300. DOI: 10.5093/in2010v19n3a9
- Hewitt Ramirez, N., Juárez, F., Parada Baños, A.J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y.M., Salgado Castilla, A.M., y Vargas Amaya, M.V. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1) 125-140. DOI: 10.15446/rcp.v25n1.49966
- Hinton, P., Brownlow, C., McMurray, I., & Cozens, B. (2004). *SPSS Explained* (2nd Edition). London: Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315797298>
- Hogg, D. & Abrams, M. (1988). *Social Identifications*. Routledge.

- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221. DOI: 10.1097/00006842-200203000-00004
- Hoyos, C. (2014). *Hermenéutica de la resiliencia en víctimas de secuestro: en el marco de las nuevas concepciones restaurativas*. Medellín, Colombia: Ediciones Unaula.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia*. Cuarta edición. Caracas: Quirón ediciones.
- Ibáñez, A., y Querubín, P. (2004). Acceso a tierras y desplazamiento forzado en Colombia. *Documentos CEDE, Universidad de los Andes*, 23, 1-114. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/5007739_ACCESO_A_TIERRAS_Y_DESP_LAZAMIENTO_FORZADO_EN_COLOMBIA
- Internal Displacement Monitoring Centre. (2017). *Global report on internal displacement*. Recuperado de <http://www.internal-displacement.org/global-report/grid2017/pdfs/2017-GRID.pdf>.
- Jiménez, B. (compilador) (2008). *Subjetividad, participación e intervención comunitaria: Una visión crítica desde América Latina*. Primera Edición. Buenos Aires: Paidós.
- Jiménez, S., Abello, R., y Palacio, J. (2003). Identidad social y restablecimiento urbano de población exiliada internamente en Colombia. Primeros resultados de un estudio de caso. *Investigación y Desarrollo*, 11 (2), 326-347. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26811208>

- Jiménez, M., Izal, M., y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23, 51–59. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v23n1/v23n1a07.pdf>
- Johnson, B. y Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. Recuperado de <http://edr.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/7/14>
- Juárez, F., y Guerra, A. (2011). Características Socioeconómicas y Salud en Personas Pobres y Desplazadas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (4), 511-519. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/16.pdf>
- Juárez, G., Mayorga, L., Hurria, A. & Ferrell, B. (2013). Survivorship Education for latina breast cancer survivors: Empowering survivors through education. *Psicooncología*, 10(1), 57-68. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41947
- Kaplan, H. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. En M. Glantz & J. Johnson (eds.) *Resilience and development: positive life adaptations*, (pp. 17–84). Nueva York: Plenum Publishers.
- Kazem, R. (2009). Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra Aportes del Sistema de Matrices de Datos. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(1), 71-89. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/727>
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicoterapia en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Revista de Acción Psicológica*, 2 (3), 199 – 211. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:AccionPsicologica2003-numero3-0001>
- Krzemien, D., Monchietti, A., y Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22 (2), 183-210. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18022204>
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: DDB.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, Appraisal and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3, Spec Issue), 141-169. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Hergueta, T., & Weiller, E. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview. *European Psychiatry*, 13, 198s. DOI:10.1016/s0924-9338(99)80239-9
- León, O.G., y Montero, I. (1997). *Diseño de Investigaciones*. Segunda Edición. Madrid: McGraw-Hill.
- León, O.G., y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Tercera Edición. Madrid: McGraw-Hill.

Lewin, K. (1946) Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-

46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>

Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. New York: Harper.

Lewin, K. (1978): *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, Clarke, M.,

Devereaux, P. J., Kleijnen, J., Moher, D J. P. &, Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *British Medical Journal*, 339, b2700. DOI: 10.1136/bmj.b2700

Lin, N., y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American*

Sociological Review, 54(3), 382-399. DOI: 10.2307/2095612

Link, J. (2008). *Cáncer de mama y calidad de vida. Guía práctica para conocer los mejores tratamientos y los cuidados que hay que seguir*. Barcelona: Robinbook.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., y Aguirre-Acevedo, D. (2006).

Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750210>

Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo,

D., y Roja, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV, 493-505. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a03.pdf>

Londoño, N. H., Patiño, C. D., Restrepo, D., Correa, J., Raigoza, J., Toro, L., Jaramillo, G., y

Rojas, C. (2008) Perfil Cognitivo Asociado al Trastorno por Estrés Postraumático en

Víctimas de Violencia Armada. *Informes Psicológicos*, (10), 11- 27. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ipsi/n10/n10a02.pdf>

Londoño, A., Romero, P., & Casas, G. (2012). The association between armed conflict, violence, and mental health: A cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. *Journal of Conflict and Health*, 6(12), 1-6.
DOI: 10.1186/1752-1505-6-12

Londoño, N., Sicachá, M., y González, J. (2011). Posibles Manifestaciones del Trastorno por Estrés Postraumático en Adultos Desplazados por el Conflicto Armado del Asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia- Quindío. *Revista Sinapsis*, 3(3), 172-185.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955446>

López, C. (Coord.). (2008). *Monografía político electoral del Departamento del Atlántico 1997 a 2007*. Bogotá: Misión de Observación Electoral, Corporación Nuevo Arcoiris, Universidad de los Andes.

López, E.A., Juárez, L.G., y Veytia, M.G. (2019). Esquema tipológico de las migraciones y desplazamientos forzados. *Estudios Fronterizos*, 20, e028.
DOI:<https://doi.org/10.21670/ref.190728>

López, M. (1998). Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida. En: M. I. Hombrados (Comp.), *Estrés y Salud* (pp. 39-69). Valencia, España: Promolibro.

López, O. (2005). La resiliencia de las familias afectadas por el desplazamiento forzado en Colombia. *Perspectivas Sociales=Social perspectives*, 7(2), 1-28. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5018843>

- López, W., Pearson, A., y Ballesteros, B. (2008). *Victimología: Aproximación psicosocial a las víctimas*. Primera edición. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3), 616-628. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>
- Luengo, M. A., Tamames, R., Gómez, F., García, L. A., y Pereiro, L. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de <http://udipre.com/es/pdf/informeLST97.pdf>
- Luque, R.M. (2016). Los desplazamientos humanos forzados recientes en el Cauca (Colombia): características e impactos sociales y espaciales. *Investigaciones Geográficas*, (65), 181-200. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/INGEO2016.65.11>
- Luque, T., & Ibáñez, J.A. (2000). Análisis de la varianza. En: T. Luque. *Técnicas de análisis de datos en Investigación de mercados* (281-346). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Madariaga, C., Valle, M., y Quintero, S. (2018). Fundamentos de la intervención psicosocial en víctimas de violencia. En: M. Amarís y C. Madariaga (Comp.), *Intervenir para reparar: Recuperación de la dignidad y la salud mental en contextos de violencia* (pp. 211-235). Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- María-Santodomingo, N., y Cortés-Peña, O. (2018). Propiedades psicométricas de una adaptación de las escalas de bienestar psicológico y social en individuos en condición

- de desplazamiento forzado en Colombia. *Espacios*, 39 (11), 34. Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a18v39n11/a18v39n11p34.pdf>
- Martín, M., Jiménez, M., y Fernández-Abascal, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1025412>
- Martínez, J., y Martínez, L. (2009). El análisis factorial confirmatorio y la validez de escalas en modelos causales. *Anales de Psicología*., 25(2), 368-374. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16712958020.pdf>
- Mate, R. (2008). *Justicia de las víctimas: terrorismo, memoria, reconciliación*. Barcelona: Anhtropos Editorial.
- Mayo, C., y La France, M. (1980). Toward an Aplicable Social Psychology. En R. Kidd, y M. Saks (Eds.), *Advances in Applied Social Psychology* (pp. 81-96). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Mayor, D., De Castro, A., Amarís, M., y Buelvas, F. (2018). Perfil de Salud Mental en Víctimas del Desplazamiento Forzado con Síntomas de TEPT en Barranquilla, Colombia. *Summa psicológica*, 15 (2) 173-182. DOI: 10.18774/0719-448x.2018.15.401
- McCubbin H., Cauble, E., & Patterson, J. (1982). *Family stress, coping, and social support*. Springfield: Thomas Publisher.
- Mendoza, A. (2012). El Desplazamiento Forzado en Colombia y la Intervención del Estado. *Revista de Economía Institucional*, 14(26), 169–202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41923219007>
- Mendoza, S., Márquez, O., Guadarrama, R., y Ramos, L. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud mental*, 36, 493-503.

Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600007

Mercado, J. (2016). El desplazamiento interno forzado en México. *El Cotidiano*, (200), 181-192. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32548630016>

Mertens, D. (2004). Género, desplazamiento, derechos. En: M. Bello (ed.). *Desplazamiento forzado dinámicas de guerra exclusión y desarraigo* (pp. 197-204). Bogotá: ACNUR, Universidad Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 en el marco del decreto número 3039 de 2007*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3039-de-2007.pdf#search=Decreto%2520n%25C3%25BAmero%25203039%2520de%25202007>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011*. Versión 2 ajustada. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PAPSIVI%20VERSION%20PRELIMINAR%2025%20Febrero%202013.doc>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Datos, Procesos y Tecnología SAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo*

I. Bogotá. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado*. Bogotá: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 1166 de 2018. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1166-de-2018.pdf>

Mols, F. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17), 2613-2619. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.05.017>

Montero, M. (1994). Entre el asistencialismo y la autogestión: La psicología comunitaria en la encrucijada. *Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 3 (7), 7-20. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2016524>

Montero, I., y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3) 503-508. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720308>

Montero, I., y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International journal of clinical and health psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>

- Montiel-Castillo, V., y Guerra-Morales, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. DOI: <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>
- Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4(2), 133-158.
- Moos, R.H. & Billing, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and process. En C. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). NY: Free Press.
- Morata-Ramírez, M., Holgado-Tello, F., Barbero-García, M., y Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79-90. DOI: <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>
- Moscoloni, N. (2005). Complementación metodológica para el análisis de datos cuantitativos y cualitativos en evaluación educativa. *Revista Electrónica de Metodología aplicada*, 10(2), 1-10. Recuperado de <http://www.psico.uniovi.es/rema/v10n2/moscoloni.pdf>
- Morse, J. M. (2003). Principles of mixed methods and multi-method re search design. In C. Teddlie, & A. Tashakkori (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 189-208). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Moya Rueda, M., y Vega Casanova, J. (2019). Contribuciones de Alfredo Correa De Andreis a la comprensión del desplazamiento forzado en el conflicto armado colombiano. *Investigación y Desarrollo*, 27(1), 137-169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26862837005>

- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale*, 29 (6), 507-518. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/8672404_Multidimensional_assessment_of_coping_validation_of_the_Brief_COPE_among_French_population
- Muñoz, C., Sandstede, M., y Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia 2016. *Psicoespacios*, 11(18), 149-168. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. M., y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial: Universitat Oberta de Catalunya.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Olivera, M. (2019). Subordinación de género e interculturalidad. Mujeres desplazadas en Chiapas. En: M. Heras (Ed), *Mercedes Olivera: Feminismo popular y revolución. Entre la militancia y la antropología* (pp. 225-267). Argentina: CLACSO. DOI:10.2307/j.ctvt6rm5c
- Onnetto, H. (2004). Constructivismo, en Psicología. *Pharos*, 11(1), 37-49. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=208/20811105>
- Onwuegbuzie A. J. y Leech, N. L. (2006). Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures. *Qual Report*, 11(3), 474-498. Recuperado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-3/onwuegbuzie.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1998). *Guiding Principles on Internal Displacement*. Recuperado de <http://www.idpguidingprinciples.org/>

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa sobre la promoción de la salud*.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *El informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe conpendiado. Un informe de la Organización Mundial de la Salud*. Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la promoción de la salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la salud. (2008). *mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (Versión provisional en español)*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción para la salud mental 2013-2020*.

Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018) *Violencia*. Recuperado de

<http://www.who.int/topics/violence/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2003a). *CIE-10. Clasificación Estadística*

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen 1. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2003b). *CIE-10. Clasificación Estadística*

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen 2. Manual de instrucciones. Washington, D.C.: OPS.

Ovejero, A. (1995). Identidad y diversidad: una cuestión psicosocial necesariamente interdisciplinar. *Antropológica*. (18),15 – 33.

Páez, D. (Ed.). (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia:

Promolibro.

Páez, D., Martín, C., Martín-Beristain, C., González, J., Basabe, N., y De Rivera, J. (2011).

Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz. Madrid: Editorial Fundamentos.

Palacio, J., Abello, R., Madariaga, C., y Sabatier, C. (1999.). Estrés postraumático y

resistencia psicológica en jóvenes desplazados. *Investigación y Desarrollo* (10), 16-29.

Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277792834_Estres_post-traumatico_y_resistencia_psicologica_en_jovenes_desplazados

- Palacio, J., Correa, A., Díaz, M., Jiménez, S. (2003). La búsqueda de la identidad social: un punto de partida para comprender las dinámicas del desplazamiento - restablecimiento forzado en Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 11 (1), 26-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26811102>
- Palacio, J., Jiménez, S., Díaz, M., Correa, A. (2008). Desplazamiento interno forzado, restablecimiento urbano e identidad social. Barranquilla: Universidad del Norte. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/290821316_Desplazamiento_Interno_Forzado_o_Restablecimiento_Urbano_e_Identidad_Social
- Palacio, J., Sabatier, C., Abello, R., Amar Amar, J., Madariaga, C., y Gutiérrez, K. (2001). El capital social como apoyo a la superación de problemas en la población desplazada por la violencia en Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 9(2), 514-535. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26890202>
- Páramo, M. D. L. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). The affective and cognitive content of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01086714>
- Pavot, W.G., Diener, E., Colvin, C.R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17

- Pedraza, L., Molerio, O., Álvarez, R., Hernández, Y., y Rodríguez, Y. (2012). Prevención y tratamiento del tabaquismo desde un enfoque psicológico. *Psicogente*, 15(28), 445-461. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552361017>
- Pereira, Z. (2011) Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 15-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>
- Pérez, A., y Mejía, I. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 10(2), 111-119.
- Pillai, K.C.S. (1955). Some New test criteria in multivariate analysis. *The Annals of Mathematical Statistics*, 26 (1), 117–121. Recuperado de https://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.aoms/1177728599
- Póo, A.M; y Vizcarra, B. (2011). Diseño, Implementación y Evaluación de un Programa de Prevención de la Violencia en el Noviazgo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 213-223. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78520905008>
- Quesada, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 283–299. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818049003.pdf>
- Rambal S., M., Madariaga O.C., & Ibáñez, N. L. M. (2014). Estudio sobre las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo, psicológico y social en mujeres internas en un centro de reclusión femenino del Caribe colombiano (2012). *Revista Criminalidad*, 56 (3), 45-57. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n3/v56n3a04.pdf>
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K., Porras-Mendoza, E. (2017). Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chengue.

Psicología desde el Caribe, 34(1), 49-70. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2017000100049

Ramírez Sánchez, N., Díaz Murillo, M., Reyes Harker, P., y Cueva González, O. (2011).

Educación lúdica: una opción dentro de la educación ambiental en salud. Seguimiento de una experiencia rural colombiana sobre las geohelmintiasis. *Revista Med*, 19 (1), 23-36. DOI: 10.18359/rmed.1225

Ramírez, M., Glickman, M., Weatherford, P., & Ryser, N. (2000). Cognitive Behavioral

Therapy for Anxiety Disorders: Why and How it Works. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 52-71.

Ramiro, E., y Caballero, A. (2011). Cuando falla el supuesto de homocedasticidad en variables

con distribución binomial. *Cultivos Tropicales*, 32(3), 191-199. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-59362011000300002&lng=es&tlng=es.

Ramos, I. (2009). Reseña del libro: “Estrategias de intervención psicosocial: casos prácticos”

De Isidro Maya Jariego, Manuel García & Francisco J. Santolaya.

HOLOGRAMATICA, 10(1), 83- 87. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=275715>

Ramos, I. (2018). Desplazamiento forzado y adaptación al contexto de destino: el caso de

Barranquilla. *Perfiles latinoamericanos*, 26(51), 301-328.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18504/pl2651-012-2018>

- Ramos, J. (s.f.). Constructivismo en Ciencias de la Salud. Recuperado de <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/19944/CONSTRUCTIVISMO%20EN%20CIENCIAS%20DE%20LA%20SALUD.pdf?sequence=1>
- Restrepo, G. (2005). Una variante pedagógica de la Investigación-Acción educativa. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/370Restrepo.PDF>
- Restrepo-Espinosa, M. (2012). ¿Qué puede hacer la diferencia?. En M. Restrepo-Espinosa (Ed). *Salud mental y desplazamiento forzado* (pp. 1-5). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., y Marmar, C. (2011). Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety and Depression Symptoms, and Psychosocial Treatment Needs in Colombians Internally Displaced by Armed Conflict: A Mixed-Method Evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 384-393. DOI: 10.1037/a002225
- Rodríguez, M. C. (2006). Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica*, 5(2), 259-274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750205>
- Rodríguez, M. C., Díaz, P., Niño, S., Samudio, M., y Silva, M. (2005). El Desplazamiento Como Generador de Crisis Un Estudio en Adultos y Adolescentes. *Terapia psicológica*, 23(2) 33-43. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523204>

Rodríguez, M., y Mora, R. (2001). *Estadística informática: casos y ejemplos con el SPSS*.

España: Publicaciones Universidad de Alicante, Textos docentes.

Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(S1), 349-372. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>

Rodríguez, O. (2013). *Las estrategias de afrontamiento individual y su relación con la salud mental (bienestar social, psicológico y subjetivo) en jóvenes con alto riesgo de sufrir problemas psicosociales en el distrito de Santa Marta*. Tesis de Maestría, Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10584/7498>

Ruano, A. (2013). Inserción laboral de la población desplazada por el conflicto armado en la frontera colombo ecuatoriana. *Semestre Económico*, 16(34), 93-122. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v16n34/v16n34a5.pdf>

Ruiz, J. (2015). Las entrevistas en profundidad y la biografía. *Revista San Gregorio. Metodología de la investigación*, (1), 48-55. Recuperado de <http://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/115/69>

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

- Salcedo, E.D., y Paes-Machado, E. (2019). Victimización y desplazamiento forzado de mujeres en el conflicto armado colombiano. *Mana*, 25(1),95-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n1p095>
- Saleebey, D. (1997). Is it feasible to teach HBSE from a strengths perspective, in contrast to one emphasizing limitations and weakness? Yes. En M. Bloom y W.C. Klein (Eds.), *Controversial issues in human behaviour in the social environment* (pp. 33-48). Boston: Allyn y Bacon.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente. R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727111104>
- Sawyer, S. (2009). Analysis of Variance: The Fundamental Concepts. *The journal of manual & manipulative therapy*, 17(2), 27-38. DOI: <https://doi.org/10.1179/jmt.2009.17.2.27E>
- Schutz, A. (2008). *El problema de la realidad social*. segunda edición. Buenos aires: Escritos I, Amorrortu editores.
- Seber, G.A.F. (1984). *Multivariate Observations*. New York: John Wiley and Sons.
- Segura, N. (2000). Colombia: A New Century, an Old War, and More Internal Displacement. *International Journal of Politics, Culture and Society*, 14(1), 107–127. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/20020067?seq=1#page_scan_tab_contents
- Serrano, M. E. (2007). *Evaluando el impacto de intervenciones sobre el desplazamiento forzado interno. Hacia la construcción de un índice de realización de derechos*. Bogotá: Consejería en Proyectos-PCS.

Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., & Lépine, J. P. (1992).

M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

Sheehan D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., Dunbar, G.C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability.

European Psychiatry, 12 (5) 232-241. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weillr, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl.20), 22-57.

Shultz, J.M., Garfin, D. R., Espinel, Z., Araya, R., Oquendo M.A., Wainberg, M.L., Chaskel, R., Gaviria, S.L., Ordóñez, A.E., Espinola, M., Wilson, F.E., Muñoz García, N., Gómez Ceballos A.M., Garcia-Barcena, Y., Verdeli, H., & Neria, Y. (2014a). Internally displaced "victims of armed conflict" in Colombia: the trajectory and trauma signature of forced migration. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 475. DOI: 10.1007/s11920-014-0475-7

Shultz, J. M., Gómez Ceballos, A. M., Espinel, Z., Rios Oliveros, S., Fonseca, M.F., & Hernández Flórez, L.J. (2014b). Internal displacement in Colombia: fifteen distinguishing features. *Disaster Health*, 2(1), 13–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4161/dish.27885>.

- Sierra-Puentes, M., y Correa-Chica, A. (2019). Realidad socioeconómica de personas en condición de desplazamiento forzado en Colombia: revisión sistemática. *Suma Psicológica*, 26(2), 55-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n2.1>
- Silvera, L., y Amarís, M. (2017). Comprensión del bienestar desde las experiencias socioeconómicas de un grupo de mujeres desplazadas por la violencia sociopolítica en la ciudad de Barranquilla. *Summa Psicológica*, 14(1), 61-71. DOI: 10.18774/summa-vol14.num1-319
- Sinisterra, M., Figueroa, F.S., Moreno, V.F., Robayo, M.F., y Sanguino, J.F. (2010) Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia, 2007. *Psicología, Avances de la disciplina*, 4(2), 83-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224090006>
- Sokal, R., & Rohlf, J. (1995). *Biometry. The Principles and Practice of Statistics in Biological Research*. 3ª ed. W. H. New York: Freeman and Company.
- Soledad, J. (2007). Las migraciones forzadas: el desplazamiento interno en Colombia. *Cuadernos Geográficos*, (41), 173-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17104108>
- Soto, A.M., y Velásquez, V.F. (2015). Riesgo familiar total de familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande (Valle del Cauca, Colombia). *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20(1), 126-139. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.1.9
- Spector, P.E. (1992). *Summated rating scale construction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID*. American Psychiatric Association.

- Stake, R. (1995). *The art of Case Study Research*. California: Sage.
- Steel, R., & Torrie, J. (1988). *Bioestadística. Principios y Procedimientos*. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Suárez, E. N; y Melillo, A. (2005). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Tamayo-Agudelo, W., & Bell, V. (2018). Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych Internacional*, 1-3. DOI: 10.1192/bji.2018.4
- Tamayo Martínez, N., Rincón Rodríguez, C., De Santacruz, C., Bautista Bautista, N., Collazos, J., y Gómez–Restrepo, C. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1), 113-118. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population based survey. *BMJ Open*, 7: e018899. DOI:10.1136/ bmjopen-2017-018899
- Tizón, J.L. (2001). Investigación y docencia en salud mental (I) reflexiones para el clínico antes de la autoinmolación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(77), 883-910. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4531231>
- Tovar, C. (2009). *Desplazamiento forzado y acompañamiento psicosocial: a propósito de la emergencia de nuevos actores políticos*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2017). *Víctimas del conflicto armado, reporte general*. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2018). *Víctimas del conflicto armado, reporte general*. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Uriarte, J.D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=175/17510206>
- Valencia, G. (2008). La psicoterapia breve humanista y su aplicación en el acompañamiento y la elaboración del duelo para personas en condición de desplazamiento forzado. *Revista médica de Risaralda*, 14(2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5030507>
- Valencia, L. (2017). Capítulo 2: Estudio de caso: Modelo de desarrollo integral de comunidades sostenibles de la Fundación Mario Santo Domingo en Villas de San Pablo, Barranquilla. En Romero, M. (Ed). *Fundaciones, Inversión Social y Desarrollo* (pp. 63- 125). Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
- Valencia-Agudelo, G. D., Montoya-Polanco, J. D. y Loaiza-Mejía, D. (2019). Desplazamiento forzado y mercado laboral en las principales ciudades de Colombia. *Sociedad y Economía*, (37), 50-70. DOI: <https://doi.org/10.25100/sye.v0i37.6203>
- Van Dierendonck, D. (2005). The Construct Validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being and Its Extension with Spiritual Well-Being. *Personality & Individual Differences*, 36, 629-643. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)

- Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. DOI: 10.1002/jclp.20049
- Vaske, J.J. (2008). *Survey research and analysis: Applications in parks, recreation and human dimensions*. State College, PA: Venture.
- Vaske, J.J., Beaman, J., & Sponarski, C.C. (2017). Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure Sciences*, 39(2), 163-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01490400.2015.1127189>
- Velasco, M., Botero, P., y Londoño, C. (2011). Capítulo 5: Recursos psicológicos: Afrontamiento, Optimismo y Calidad de Vida. Colegio Colombiano de Psicólogos. En: Colegio Colombiano de Psicólogos (Comp). *Avances y perspectivas en psicología de la salud* (pp. 91-125). Primera versión, Bogotá, Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Villa, J. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿Podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica?. *Ágora U.S.B.* 12 (2) 349–365. DOI: 10.21500/16578031.208
- Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M., y Amodei, C. (2003). La evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: Aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Evaluar*, (3), 80-93. DOI: <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>
- Villanueva-Bonilla, C., y Ríos-Gallardo, Á. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 59-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19582>

- Vinaccia, S., Tobón, S., Martínez, F., y Sandín, B. (2001a). Estrés y úlcera péptica duodenal en sujetos con helicobacter pylori: un estudio controlado. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2), 317-331.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B., y Martínez, F. (2001b). Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal: una perspectiva bio-social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(2), 117-130.
- Wells, J.D., Hobfoll, S.E., & Lavin, J. (1997). Resource loss, resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 645– 62. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00136.x>
- Woolcock, M., y Narayan, D. (2000). Social Capital: Implications for Development Theory, Research and Policy. *The World Bank Research Observer*, 15 (2), 225-249. DOI: 10.1093/wbro/15.2.225
- Xia, J., Merinder, L.B., & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 21-22. DOI: 10.1093/schbul/sbq138
- Zalma A.R., Safiah M.Y., Ajau, D., & Khairil M.I. (2015) Reliability and validity of television food advertising questionnaire in Malaysia. *Health Promotion International*, 30(3), 523-530. DOI: 10.1093/heapro/dat072
- Zapata, J., Rangel, A., y García, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(3), 143–149. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.005>
- Zuluaga, L. (2016). Estrategias de afrontamiento en un grupo de desplazados internos en la ciudad de Bogotá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 71-86. DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a05

Zuluaga, A., y Buelga, S. (2014). El trabajo psicológico en el centro de atención a víctimas de las violencias y graves violaciones a los derechos humanos (Colombia). *E-dhc*, 2, 42-56. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5328026>

Zuluaga-Ramírez, C., y Gómez-Suta, M. (2016). Metodología lúdica para la enseñanza de la programación dinámica determinista en un contexto universitario. *Entramado*, 12 (1), 236-249. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a16.pdf>

ANEXOS

Índice de Anexos.

- Anexo A. Estudios sobre afrontamiento en población desplazada y en otros contextos. 276
- Anexo B. Carta de respuesta del Comité ética: Aprobación fase I. 278
- Anexo C. Carta de respuesta del Comité ética: Aprobación Fase II. 282
- Anexo D. Formulario de Consentimiento Informado Fase I. 287
- Anexo E. Formulario de Consentimiento Informado Fase II. 293
- Anexo F. Ficha de datos sociodemográficos de la Fase I. 299
- Anexo G. Ficha de datos sociodemográficos de la Fase II. 301
- Anexo H. Escala de Trauma de Davidson. 303
- Anexo I. M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview). 304
- Anexo J. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. 327
- Anexo K. Escala de Bienestar Social de Keyes. 328
- Anexo L. Escala de Bienestar Subjetivo de Diener. 329
- Anexo M. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M). 330
- Anexo N. Diseño e implementación del Programa de Intervención Psicosocial en Afrontamiento Activo en Desplazados (PIPAAD). 333
- Anexo O. Dimensiones de la salud mental y estrategias de afrontamiento implicadas en el PIPAAD. 374
- Anexo P. Resumen del Curriculum Vitae Jueces Expertos que validaron el programa. 376
- Anexo Q. Gráficas Modelos estructurales del AFC de las variables de estudio. 378
- Anexo R. Gráficas Pruebas de Normalidad de las variables dependientes. 382
- Anexo S. Análisis grupo focal sobre evaluación del PIPAAD. 385

Anexo A. Estudios sobre afrontamiento en población desplazada y en otros contextos.

Autores y año	Tipo de estudio	Población	Objetivo	Programa/ Estudio	Resultados relacionados al afrontamiento
Hewitt et al. (2016).	Análisis descriptivo. Muestreo polietápico, propositivo aleatorio, intencional, población y muestreo aleatorio por afijación proporcional por edad y localización de vivienda.	677 adultos expuestos al conflicto armado, edad promedio 43 años: 65% mujeres, 34% hombres.	Determinar afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento, niveles de resiliencia, percepción, necesidad de atención en salud mental y factores de riesgo asociados a las afectaciones psicológicas.	Estudio	Estrategias de afrontamiento más empleadas: religión y esperar que las cosas se arreglen solas.
Jiménez et al. (2016)	experimental con un grupo tratamiento y uno control	Ancianos con población mayormente femenina entre los 60 a 89 años.	Enseñanza sobre bienestar emocional, afrontamiento ante adversidades importancia de proyectos personales y propósito en la vida entre otros temas. Afrontamiento emocional	Programa (9 sesiones; 1 frec. Semanal. 1 hora y media)	Incremento de niveles de felicidad y disminución de preocupaciones y presión sistólica
Barrera et al. (2015).	Descriptivo transversal	16 personas (Con estrés postraumático tipo agudo), 8 sujetos que presenciaron el atentado, pero no cumplieron criterios y 16 sujetos de control.	Describir perfil cognitivo de personas víctimas de atentado (carro bomba) con síndrome de estrés postraumático agudo, comparado con perfil de grupo de víctimas del mismo atentado que no lo desarrollaron, y grupo control, para identificar diferencias.	Estudio	Resultado significativamente bajo en solución de problemas, evitación y reevaluación positiva, influyendo en la aparición del TEPT.
Rambal, Madariaga e Ibáñez (2014)	Correlacional	Mujeres internas en un centro de reclusión	Estudio correlacional entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico, subjetivo y social.	Estudio	Relación negativa: la Espera y bienestar psicológico. No relación: bienestar subjetivo y relación positiva; entre apoyo social, y bienestar físico y mental. Correlación: bienestar social y reacción agresiva, expresión dificultad de afrontamiento y evitación emocional.
Gantiva et al. (2010).	Modelo de investigación empírico analítico y se utilizó un diseño descriptivo comparativo.	60 personas, (30 con ansiedad y 30 sin ansiedad) edad de 31 años. 63.3% mujeres y 36.7 % hombres	Identificar diferencias entre las estrategias de afrontamiento de sujetos adultos con y sin sintomatología ansiosa.	Estudio	Diferencias significativas en reevaluación positiva y solución de problemas (personas sin ansiedad). Diferencias significativas reacción agresiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, búsqueda de apoyo profesional y evitación emocional. (personas ansiosas).
Giraldo et al. (2008)	Estudio exploratorio	34 adultos (4 hombres y 30 mujeres) familiares de víctimas de desaparición forzada. Promedio edad 47, 05 años.	Determinar relación entre nivel de depresión y las estrategias de afrontamiento en familiares de personas víctimas de desaparición forzada.	Estudio	La relación entre depresión y los estilos de afrontamiento no es significativa pero la focalización en la solución de problemas y la religión parecen factores protectores del nivel de depresión.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Autores y año	Tipo de estudio	Población	Objetivo	Programa/ Estudio	Resultados relacionados al afrontamiento
Di-Colloredo et al. (2007)	Investigación empírica analítica, de tipo descriptivo de corte comparativo.	102 hombres y 120 mujeres asistentes a la unidad de Atención Integral al Desplazado en la ciudad de Bogotá	Investigación tipo descriptivo comparativo, se evaluaron los estilos de afrontamiento por medio del inventario de estilos y estrategias de afrontamiento realizado por Folkman y Lazarus (1980-1988).	Estudio	Diferencias significativas: estilos y estrategias de afrontamiento. Mayor desarrollo personal y control emocional en mujeres. Negación y una supresión de actividades, depresión en hombres. Mujeres: resaltan estilos activos y en hombres los pasivos.
Rodríguez (2006)	Pre-experimental con mediciones pre y postest con medición de un solo grupo un mes después.	Adultos (30 y 55 años) y Adolescentes (15 y 18 años) desplazados.	1)Evaluación inicial y Psicoeducación, 2) Promoción de recursos emocionales. 3) Promoción recursos cognoscitivos. 4) Promoción de recursos sociales. Afrontamiento emocional, cognitivo y social.	Programa (diez sesiones con cuatro etapas)	Reducción de nivel de severidad de síntomas de trauma antes y después en los adolescentes y en los adultos en relación con la reexperimentación, activación fisiológica y evitación. Recuperación emocional.
Krzemiene t al. (2005)	cuasiexperimental pre-postest con grupo control	Mujeres de la tercera edad	Aprendizaje social: filosofía, cine, arte, sexualidad, comunicación humana, historia antigua, salud, nuevas tecnologías. Afrontamiento emocional.	Programa (cuatro meses, tres veces por semana 90 min)	Grupo de tratamiento: estrategias de afrontamiento activas y adaptativas y mayormente la autodistracción.
Rodríguez et al. (2005).	Estudio descriptivo	50 adultos (20 y 55 años) y 50 adolescentes (12 y 18 años de edad),	Analizar los factores que se deben tener en cuenta a la hora de comprender el desplazamiento como un evento generador de crisis y las condiciones para su intervención.	Estudio	Significativa variabilidad en selección de estrategias como fuente positiva de afrontamiento. Adolescentes centrados en estrategias conductuales. Adultos: 50% estrategias conductuales y el 35% estrategias activas. Adolescentes: a veces estilos cognoscitivos y conductuales, activos, pasivos y evitativos.
Campos, Páez y Velásco (2004).	Longitudinal	1800 universitarios o /y sus familiares (29,3% hombres y 70,7% mujeres; edades: 17- 90 años: Media 27,43).	Estudiar los efectos y reacciones ante el atentado de Madrid, en tres momentos diferentes.	Estudio	El afrontamiento directo, la reevaluación positiva, el apoyo social y expresión emocional, son eficaces. La evitación, aislamiento social, rumiación y abandono son negativos para el control afectivo: afectando negativamente el ajuste social, auto-control, auto-estima y maximización de afectividad positiva, reforzando la afectividad negativa.
Garaigordobil (2001)	Experimental multi-grupo de medidas repetidas pretest-postest con grupos de control. Cuatro grupos de tratamiento y dos grupos de control.	174 adolescentes de 12 a 14 años,	1)autoconocimiento- autoconcepto; 2)comunicación intragrupo, 3) expresión-comprensión de sentimientos, 4) relaciones de ayuda-cooperación, 5) percepciones-estereotipos, 6) discriminación-etnocentrismo; 7) resolución de conflictos, Afrontamiento asertivo.	Programa (1 vez por semana durante un curso escolar. 2 horas)	Impacto positivo: incremento significativo de la auto-asertividad, liderazgo y estrategias cognitivas asertivas de solución de situaciones sociales conflictivas, disminución de conductas: ansiedad-timidez. Experiencia significativa en adolescentes con bajo nivel de desarrollo social en pretest.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo B. Carta de respuesta del Comité ética: Aprobación fase I.

Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

ACTA DE EVALUACION: N° 142

Fecha: 17 de Mayo del 2016

Nombre Completo del Proyecto: "EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DEL BIENESTAR POR MEDIO DEL AFRONTAMIENTO POSITIVO EN LA POBLACIÓN AFECTADA POR EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO"

Sometido por: Diana Paola Mayor Molinares Psicóloga Investigadora Principal,
P.h.D. Alberto De Castro Correa Director de tesis.

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En el departamento del Atlántico.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 17 de Mayo del 2016

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Carta de presentación del proyecto generada por el Investigador
- Copia del proyecto completo de investigación
- Resumen ejecutivo
- Consentimiento informado para participantes en la fase exploratoria.
- Formatos de recolección de datos
- Hojas de vida del Investigador principal y Co- Investigadores.

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

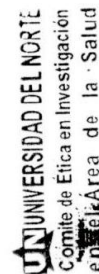


2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya *quórum* es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad





- Q.F. RICARDO AVILA
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN
Profesión: MD. Pediatra
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO
Profesión: Ingeniero Mecánico
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ
Profesión: Administrador de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES
Profesión: MD. Mg. Ciencias Clínicas
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Enf. DIANA DÍAZ MASS
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Q.F. MICHAEL MACIAS
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química (Suplente)
- Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

Contactos:

Correo electrónico: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. el comité considero que el presente estudio:

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

5. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informara inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

UN UNIVERSIDAD DEL NORTE
 Comité de Ética en Investigación
 en el Área de la Salud



6. El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas cuando aplique.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas CE_ versión 20 MARZO 31 de 2016 literal *seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación.*

8. el Investigador principal deberá:

- a. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- b. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- c. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- d. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- e. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

9. Concepto del Comité de Ética

a. En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, realizada el 17 de Mayo del 2016, legalizada según acta No. 142, el consenso de sus miembros aprueba la fase exploratoria del proyecto de investigación en referencia, una vez culminada la anterior, el proyecto debe ser sometido nuevamente ante el comité con los resultados obtenidos y el programa de intervención diseñado a partir de estos.

Atentamente,

Nombre: GLORIA VISBAL ILLERA

Título: Enfermera, Mg. Bioética

Cargo: Presidenta Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comite de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

ENTREGADO 20 MAYO 2016

Anexo C. Carta de respuesta del Comité ética: Aprobación Fase II.

Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

ACTA DE EVALUACION: N° 168

Fecha: 28 de febrero de 2018

Nombre Completo del Proyecto: "Evaluación de un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el Departamento del Atlántico."

Investigador principal: Psi. Diana Paola Mayor Molinares

Director: Ph. D. Alberto Mario De Castro Correa

Co-Director: Ph. D. María del Carmen Amaris Macías

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En el Departamento del Atlántico.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 28 de febrero de 2018

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Propuesta de investigación
- Resumen ejecutivo
- Encuestas



- Consentimiento informado
- Hoja de vida

2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:

- Enf. DANIELA DÍAZ AGUDELO
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Q.F. DONALDO DE LA HOZ
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante experto en Farmacia Química.
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética.
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científico.
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN
Profesión: MD. Pediatra
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ
Profesión: Administrador de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)

3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya quórum es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:



- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científico
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. DANIELA DÍAZ AGUDELO
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Q.F. DONALDO DE LA HOZ
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN
Profesión: MD. Pediatra
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO
Profesión: Ingeniero Mecánico
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ
Profesión: Administrador de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES
Profesión: MD. Mg. Ciencias Clínicas
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)



- Enf. DIANA DÍAZ MASS
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Q.F. SAMIR BOLIVAR
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química (Suplente).
- Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia, Primer piso Bloque F.

Contactos:

Correo electrónico: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. **El comité considero que el presente estudio:**
 - a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

5. **El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informara inmediatamente a las directivas institucionales:**
 - a. Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética.
 - b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

6. **El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:**
 - a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas cuando aplique.
 - b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.



7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas CE_versión 22 agosto 10 de 2017 literal seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación.

8. El Investigador principal deberá:

- Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

9. Concepto del Comité de Ética:


- En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, efectuada el 28 de febrero 2018, y legalizada mediante acta No. 168, el consenso de sus miembros aprueba el proyecto de investigación: "Evaluación de un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el Departamento del Atlántico."

entamente,

Daniela Díaz
nf. DANIELA DÍAZ AGUDELO

rofesión: Enfermera

argo: Presidente Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la
niversidad del Norte.

 UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud



ENTREGADO 07 MAR. 2018

Anexo D. Formulario de Consentimiento Informado Fase I.**Formulario de Consentimiento Informado e Información para el Participante****Versión 1.0, Final 28 de Abril 2016**

Título del proyecto: Evaluación de un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico.

Investigadora Principal: Diana Paola Mayor Molinares

Director:

Ph. D. Alberto Mario De Castro Correa

Co-directora:

Ph. D. María del Carmen Amarís Macías

Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador.

COLCIENCIAS/Gobernación del Atlántico; Universidad del Norte, Departamento de Psicología/ División de Humanidades y Ciencias Sociales Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico/Colombia.

Iniciales del Participante: _____ **Número del Participante:** _____

Debe conservar una copia completa de este formulario. Ante cualquier pregunta o problema durante esta investigación, llame al/a los números(s) de teléfono indicado(s) dentro del presente formulario.

Propósito de este formulario:

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en la primera parte de este macro-estudio, dirigido al mejoramiento del bienestar (salud mental y calidad de vida) de personas desplazadas que viven en el Departamento del Atlántico. Para ello, en esta primera parte (Investigación Cualitativa), se pretende realizar una exploración en la que se pueda recolectar información para el diseño del programa de intervención psicosocial, la cual será implementado en la segunda parte del macro-estudio. Por lo tanto, su participación e información es valiosa para la construcción del programa.

La Investigadora Principal le responderá a todas sus preguntas. Este formulario describe de qué se trata esta primera parte del macro-estudio. También le informa sobre los riesgos y beneficios del mismo. Si acepta seguir participando en la investigación, debe firmar este documento para indicar su aceptación. Tiene derecho a abandonar esta parte de la investigación en cualquier momento y por cualquier motivo, sin consecuencias, y toda la información recopilada sobre usted se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta o hay palabra o información en este documento que usted no comprende, pídale a la Investigadora Principal que se las explique.

Naturaleza y propósito del estudio:

Este es un proyecto de investigación o macro-estudio, que abarca dos estudios en secuencia: Investigación Cualitativa (exploración) e Investigación Cuantitativa (intervención-evaluación), con el propósito de evaluar el diseño e implementación de un programa de intervención psicosocial dirigido al mejoramiento del bienestar (salud mental y calidad de vida) de las personas que viven en el departamento del Atlántico y que han sido afectadas por la problemática del desplazamiento forzado, esperando encontrar sintomatologías mentales ante este evento y/o afrontamiento inadecuado ante la cotidianidad a causa de los efectos del desplazamiento.

Se aclara, que este consentimiento pertenece sólo a la primera parte de la investigación, denominada: Investigación Cualitativa, con la cual se pretende realizar un diagnóstico o exploración, mediante grupos focales y entrevista en profundidad, que ayuden a construir/diseñar a través de su valiosa información, la siguiente parte del macro-estudio, que consiste en la implementación y evaluación de un programa de intervención psicosocial para el manejo del

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

afrontamiento positivo mediante actividades psico-educativas, en las cual usted también podrá participar si así lo decide.

Objetivos del estudio:

Objetivo General:

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico.

Objetivos específicos:

1. Realizar un diagnóstico cualitativo participativo para explorar el estado de salud y presencia de sintomatologías mentales de las personas afectadas por el desplazamiento forzado en el Departamento del Atlántico.
2. Diseñar un programa de intervención psicosocial con un contenido psico-educativo que estimule el bienestar mediante el afrontamiento positivo (salud mental y calidad de vida) en las personas afectadas por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico, dicho programa se validará en su aplicación mediante un diseño cuasi-experimental Pre-Post, evaluando el estado de salud mental, prevalencia de sintomatologías mentales y estrategias de afrontamiento.
3. Implementación del programa de intervención psicosocial en las personas afectadas por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico.
4. Evaluar los efectos (sostenimiento) de la intervención psicosocial seis meses después de su implementación mediante la aplicación de los mismos cuestionarios seleccionados, para la validación del programa mismo.

Procedimiento:

Antes de realizar cualquier actividad y procedimiento relacionado con esta investigación, se le pedirá que lea y firme este formulario de consentimiento informado en caso de aceptar su ingreso a la investigación cualitativa (primera parte del macro-estudio). Si usted acepta participar, se le solicitará su asistencia durante esta fase de exploración, donde deberá participar en actividades como: grupo focal, que consiste en diálogos con ejes temáticos; y si se considera necesario, se le pedirá responder una entrevista en profundidad. Así mismo, se le solicitará acudir nuevamente al lugar de investigación y podrá ser contactado por la investigadora dos o más veces. Usted sólo asistirá a las actividades las veces que la Investigadora Principal lo/la contacte.

Las actividades durante la exploración, podrán ser grabadas mediante video, grabador de voz y/o registros fotográficos para propósitos de la investigación, por lo que, al firmar el presente consentimiento informado, usted está aceptando estos modos de registro.

¿Cuántas personas participarán en esta investigación?

Se pretende trabajar aproximadamente con 20 personas en esta primera parte del macro-estudio.

¿Cuánto tiempo participaré en esta investigación?

Esta fase de exploración tendrá una duración aproximada de 2 meses. Sin embargo, dependiendo del cumplimiento de la asistencia de las personas a las actividades, podría tomar menos o más tiempo. Usted sólo asistirá dentro de este tiempo las veces que la Investigadora Principal lo/la contacte.

¿Cuáles son sus responsabilidades en esta investigación?

Como participante, usted tiene ciertas responsabilidades para ayudar a garantizar su seguridad. Estas responsabilidades se nombran a continuación:

- Asistir a cada actividad dentro de esta investigación, a la cual se le haya solicitado su asistencia.
- Ser completamente sincero acerca de su información personal, experiencias habladas dentro de las actividades.
- Seguir todas las instrucciones dadas en las actividades.
- Respetar a la Investigadora Principal, equipo de trabajo y a los demás participantes dentro de la investigación.
- Comunicar a la Investigadora Principal y/o su equipo de trabajo acerca de alguna molestia que tenga y que le impida participar en las actividades.

¿Cuáles son sus derechos si participa en esta investigación?**Voluntariedad:**

Su participación es voluntaria. Usted no debe sentirse obligado a aceptar a participar. No importa cuál sea la decisión que usted tome, no afectará a su atención normal.

Retirada:

Si usted decide no participar ó retirarse de la investigación en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación del estudio, puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Por otra parte, la Investigadora Principal tiene derecho a interrumpir su participación en esta investigación en cualquier momento, con o sin su permiso, por cualquiera de los siguientes motivos:

- Si no asiste a ninguna de las actividades programadas.
- Si no respeta a la Investigadora Principal, equipo de trabajo y/o a los demás participantes de la investigación.
- Si su participación amenaza contra la ejecución y seguridad de la investigación.
- Si tiene una afección médica crónica y/o mortal.
- Si el Comité de Ética en Investigación decide el cierre del estudio.
- Si la Investigadora Principal descubre que no tiene la edad requerida para entrar a la investigación y/o que su cédula de ciudadanía no es verídica.

Confidencialidad:

Si usted decide participar, se garantiza que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados. La Investigadora Principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Criterios para suspender o terminar la investigación:

La intervención psicosocial se puede dar por terminada cuando se presente imposibilidad para realizar las intervenciones, ya sea, por falta de instalaciones, cuando existan amenazas que atenten contra la vida y seguridad de la Investigadora Principal, de su equipo de trabajo o de los participantes mismos. Así mismo, se dará por terminada si el Comité de Ética en Investigación decide el cierre del estudio. Por su parte, si la Investigadora Principal considera que su participación en el estudio corre algún peligro para su vida o el proceso de la investigación misma, también puede darse terminada su participación.

¿Me pagarán por participar en esta investigación?

No recibirá ningún pago por participar.

¿Cuáles son los costos de participar en esta investigación?

No se le cobrará por su participación.

Riesgos asociados a su participación en esta investigación:

Participar en esta primera parte del macro-estudio (Investigación Cualitativa), que consiste en una fase exploratoria, tiene para usted un riesgo mínimo, ya que participará en actividades, donde se realizarán grupos focales y entrevista en profundidad, con la intención de obtener conocimiento que permita construir la segunda parte del macro-estudio. Participar en las actividades puede tocar fibras sensitivas en usted por el tipo de información que se manejará. Sin embargo, por la idoneidad de la Investigadora Principal como profesional en psicología contará con su ayuda para tratar esta situación. Si dentro de las actividades, sus respuestas ponen en alerta a la Investigadora Principal sobre su estado de salud mental o bienestar, esto le será comunicado y se le brindará información sobre las entidades a las que pueda remitirse.

Beneficios de su participación en la investigación:

Participar en esta primera parte del macro-estudio, no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos ayudarán al diseño del programa de intervención, que podría generarle un beneficio al mejoramiento de su bienestar (si desea participar en la segunda parte del macro-estudio) y/o al de otras personas, así como un

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

beneficio futuro para nuevos proyectos de investigación/intervención en el desplazamiento forzado, que también puedan coadyuvar a entidades públicas y/o privadas al manejo del bienestar de la población desplazada.

Compartir los resultados:

Los resultados de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero su información personal permanecerá confidencial.

Conflicto de interés del investigador:

El investigador no tiene conflicto de interés con los participantes ni con la institución que representa.

Contactos:

Si tiene dudas puede **comunicarse con la Investigadora Principal Diana Mayor** al teléfono celular 3004185206, Dirección Universidad del Norte, Km 5 Vía Puerto Colombia, Departamento de Psicología y correo electrónico: anaidmar90@gmail.com.

Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:

Gloria C Visbal Illera Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493. Correo del Comité de Ética en Investigación: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co. Página web del Comité: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica.

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

PÁGINA DE FIRMAS
Formulario de Consentimiento Informado e Información para el Participante

Evaluación de un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico.

Al firmar este Formulario de Consentimiento Informado e Información para el Participante, doy certeza que:

1. Leí detenidamente la información de este Formulario de Consentimiento. Recibí una explicación de la naturaleza, propósito, duración aproximada y efectos posibles en este estudio de investigación. Se me explicaron los posibles riesgos y beneficios.
2. Si participo en esta primera parte del macro-estudio, posiblemente no genere un beneficio directo para mí.
3. Se me dio respuesta satisfactoria a todas mis preguntas y en un lenguaje comprensible para mí.
4. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación.
5. Comprendo que en cualquier momento puedo retirarme de este estudio sin dar un motivo y mi decisión no me afectará mi decisión futura.
6. Se me ha informado sobre los procedimientos que pueden realizarse durante esta investigación.
7. Se me ha informado de que antes de que realice cualquier procedimiento relacionado con la investigación, se me solicitará que firme voluntariamente este formulario de consentimiento informado.
8. Se me entregará una copia completa de este Formulario de Consentimiento Informado e Información para el Participante firmado y fechado.
9. Autorizo la grabación de videos, voz y/o registros fotográficos de las actividades en las que participe para registro y beneficio de la investigación.
10. Autorizo, a la Investigadora Principal, el tratamiento y divulgación de mis resultados e información brindada por mí relacionada con la investigación, para propósito del estudio. Sé que mi información personal no será divulgada y esta será tratada de manera confidencial.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Autorización del participante:

Acepto participar en esta investigación. (El participante deberá escribir su nombre de su propio puño y letra, firmar, fechar y escribir su número de cédula de ciudadanía). Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la presente investigación según se describe en este documento de Formulario de Consentimiento Informado.

Nombre del Participante de su puño y letra

Firma del participante*

*La persona no podrá participar sino puede proporcionar su firma

Fecha de Firma (dd/mm/aaaa)

Número de cédula de ciudadanía

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Anexo E. Formulario de Consentimiento Informado Fase II.**Información para el Paciente y Formulario de Consentimiento Informado
Versión 1.0, Final 26 de Enero 2018**

Título del proyecto: Evaluación de un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico.

Investigadora Principal: Diana Paola Mayor Molinares

Director:

Ph. D. Alberto Mario De Castro Correa

Co-directora:

Ph. D. María del Carmen Amarís Macías

Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador.

COLCIENCIAS/Gobernación del Atlántico; Universidad del Norte, Departamento de Psicología/ División de Humanidades y Ciencias Sociales Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico/Colombia.

Iniciales del Participante: _____ **Número del Participante:** _____

Debe conservar una copia completa de este formulario. Ante cualquier pregunta o problema durante esta investigación, llame al/a los números(s) de teléfono indicado(s) dentro del presente formulario.

Propósito de este formulario:

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en esta segunda fase de investigación, dirigido al mejoramiento del bienestar de personas desplazadas con síntomas de trauma psicosocial que viven en el Departamento del Atlántico. Usted participará en esta fase una vez haya aceptado y firmado el presente consentimiento informado. Durante este tiempo, se llevará a cabo un programa de intervención y cuatro valoraciones psicológicas, por lo cual la investigadora se contactará con usted, ya sea por medio telefónico o personal para informarle sobre la fecha y lugar de los encuentros.

La Investigadora Principal le responderá a todas sus preguntas. Este formulario describe de qué se trata esta segunda fase de investigación. También le informa sobre los riesgos y beneficios del mismo. Tiene derecho a abandonar esta investigación en cualquier momento y por cualquier motivo, sin consecuencias, y toda la información recopilada sobre usted se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta o hay palabra o información en este documento que usted no comprende, pídale a la Investigadora Principal que se las explique.

Naturaleza y propósito del estudio:

Este es un proyecto de investigación o macro-estudio, que abarca dos fases: la primera fase (exploración), fue llevada a cabo anteriormente con víctimas del desplazamiento forzado con síntomas de trauma para poder construir el programa de intervención. Es decir, el programa de intervención se diseñó con los hallazgos de la primera fase.

Ahora, se trabajará en la segunda fase (intervención del programa-evaluación), con el propósito de estimular las formas positivas de afrontar ante la adversidad o situaciones que lo requieran para mejorar el bienestar de quienes participen (víctimas del desplazamiento forzado con síntomas de trauma), y evaluar si el programa es efectivo para los participantes. La intervención tendrá una duración de dos meses donde se llevarán a cabo 14 sesiones durante ese tiempo. En las sesiones se pretende enseñar las formas adecuadas y positivas de afrontar la adversidad, estimulando las emociones positivas en los participantes. Así mismo, se realizarán una serie de valoraciones psicológicas a lo largo de 10 meses aproximadamente (antes, durante y después de que usted asista al programa).

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Objetivos del estudio:**Objetivo General**

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en una muestra de víctimas de desplazamiento forzado que vivan en el departamento del Atlántico y que presenten síntomas de trauma psicosocial.

Objetivos específicos:**Fase I. Diagnóstico-etapa de exploración.**

- 1) Identificar en una muestra de la población afectada por el desplazamiento forzado, que viva en el Departamento del Atlántico, sintomatologías de trauma psicosocial para su adecuada selección a la investigación.
- 2) Explorar por medio de técnicas cualitativas de investigación, las variables psicosociales (bienestar y afrontamiento) en la muestra afectada por el trauma, que aporten en la construcción del programa de intervención psicosocial.
- 3) Diseñar el programa de intervención psicosocial con base al análisis de los resultados de la exploración, apuntando a un contenido psico-educativo que estimule el bienestar mediante el afrontamiento positivo.

Fase II. Ejecución y validación del programa.

- 1) Implementar y evaluar el programa de intervención en el que se permita observar por medio de mediciones, cambios positivos en el afrontamiento, mejoramiento del bienestar y disminución de síntomas de trauma psicosocial y de sintomatologías mentales.
- 2) Validar el programa por medio de los resultados pre-y post que permitan dar cuenta de la eficacia del diseño del mismo esperando.

Procedimiento:

Antes de realizar cualquier actividad y procedimiento relacionado con esta investigación, se le pedirá que lea y firme este formulario de consentimiento informado en caso de aceptar su ingreso a esta segunda fase de investigación. Si usted acepta participar, se le solicitará su asistencia durante toda esta fase. Deberá asistir a las citas programas para las valoraciones psicológicas y a las 14 sesiones del programa de intervención. Así mismo, podrá ser contactado/a por la investigadora telefónica o personalmente cuando así lo requiera. Usted sólo asistirá a las sesiones las veces que la Investigadora Principal lo/la contacte.

En total se le realizarán cuatro evaluaciones psicológicas durante esta fase. Luego de que usted firme el presente consentimiento, la investigadora le indicará sobre fecha, lugar y hora para realizar la primera valoración psicológica. Dos meses después corresponde realizarle la segunda valoración. La tercera valoración se realizará otros dos meses después, es decir, a los cuatro meses de haber realizado la primera valoración. La cuarta y última, se realizará entre cuatro y seis meses después de que usted haya asistido al programa de intervención. La investigadora también le indicará, ya sea personalmente o por vía telefónica, fecha, hora y lugar para asistir al programa de intervención. Las actividades llevadas a cabo durante el programa serán grabadas mediante video, grabador de voz y/o fotografías para propósitos de la investigación, por lo que, al firmar el presente consentimiento informado, usted está aceptando estos modos de registro.

¿Cuántas personas participarán en esta investigación?

Se pretende trabajar aproximadamente con 30 personas en esta segunda fase.

¿Cuánto tiempo participará en esta investigación?

Esta fase tendrá una duración aproximada de 10 meses. Sin embargo, usted dentro este tiempo, sólo asistirá a las actividades cuando se le solicite. Serán dos meses en los que usted estará asistiendo al programa de intervención, y a cuatro valoraciones psicológicas repartidas durante los 10 meses. No obstante, dependiendo del cumplimiento de la asistencia de las personas a las actividades, la investigación podría tomar menos o más tiempo.

¿Cuáles son sus responsabilidades en esta investigación?

Como participante, usted tiene ciertas responsabilidades para ayudar a garantizar su seguridad. Estas responsabilidades se nombran a continuación:

- Asistir a cada actividad dentro de esta investigación, a la cual se le haya solicitado su asistencia.
- Ser completamente sincero acerca de su información personal, experiencias habladas dentro de las actividades.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- Seguir todas las instrucciones dadas en las sesiones/actividades.
- Respetar a la Investigadora Principal, equipo de trabajo y a los demás participantes dentro de la investigación.
- Comunicar a la Investigadora Principal y/o su equipo de trabajo acerca de alguna molestia que tenga y que le impida participar en las actividades.

¿Cuáles son sus derechos si participa en esta investigación?

Voluntariedad:

Su participación es voluntaria. Usted no debe sentirse obligado a aceptar a participar.

Retiro del estudio:

Si usted decide no participar ó retirarse de la investigación en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación del estudio, puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Por otra parte, la Investigadora Principal tiene derecho a interrumpir su participación en esta investigación en cualquier momento, con o sin su permiso, por cualquiera de los siguientes motivos:

- Si no asiste a ninguna de las actividades programadas.
- Si no respeta a la Investigadora Principal, equipo de trabajo y/o a los demás participantes de la investigación.
- Si su participación amenaza contra la ejecución y seguridad de la investigación.
- Si tiene una afección médica crónica y/o mortal.
- Si el Comité de Ética en Investigación decide el cierre del estudio.
- Si la Investigadora Principal descubre que no tiene la edad requerida para entrar a la investigación.

Confidencialidad:

Si usted decide participar, se garantiza que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados. La Investigadora Principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Criterios para suspender o terminar la investigación:

El programa de intervención se puede dar por terminado cuando se presente imposibilidad para realizar las intervenciones, ya sea, por falta de instalaciones, cuando existan amenazas que atenten contra la vida y seguridad de la Investigadora Principal, de su equipo de trabajo o de los participantes mismos. Así mismo, se dará por terminada si el Comité de Ética en Investigación decide el cierre del estudio. Por su parte, si la Investigadora Principal considera que su participación en el estudio corre algún peligro para su vida o el proceso de la investigación misma, también puede darse terminada su participación.

¿Me pagarán por participar en esta investigación?

No recibirá ningún pago por participar.

¿Cuáles son los costos de participar en esta investigación?

No se le cobrará por su participación.

Riesgos y/o efectos adversos asociados a su participación en esta investigación:

Participar en esta segunda fase de investigación tiene para usted un riesgo mínimo, ya que participará en un programa de intervención, el cual tiene la intención de mejorar su bienestar, así como de una serie de valoraciones psicológicas que permitirán conocer la efectividad del programa. Participar en las actividades puede tocar fibras sensitivas en usted por el tipo de información que se manejará. Sin embargo, por la idoneidad de la Investigadora Principal como profesional en psicología y de su equipo de trabajo, contará con su ayuda para tratar esta situación. Si dentro de las actividades, sus respuestas ponen en alerta a la Investigadora Principal sobre su estado de salud mental o bienestar, esto le será comunicado y se le brindará información sobre las entidades a las que pueda remitirse.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Beneficios de su participación en la investigación:

Se espera beneficiar su bienestar (psicológico, subjetivo y social), así como un beneficio futuro a nuevos proyectos de investigación/intervención en el desplazamiento forzado, que también puedan contribuir a entidades públicas y/o privadas al manejo del bienestar de la población desplazada.

Compartir los resultados:

Los resultados de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero su información personal permanecerá confidencial.

Conflicto de interés del investigador:

El investigador no tiene conflicto de interés con los participantes ni con la institución que representa.

Contactos:

Si tiene dudas puede **comunicarse con la Investigadora Principal Diana Mayor** al teléfono celular 3505387353, dirección: Universidad del Norte, Km 5 Vía Puerto Colombia, Atlántico, Departamento de Psicología y correo electrónico: dmayor@uninorte.edu.co

Director de tesis: Ph. D. Alberto Mario De Castro Correa, teléfono: [3509292](tel:3509292), dirección: Universidad del Norte, Km 5 Vía Puerto Colombia, Atlántico, Departamento de Psicología, correo electrónico: amdecast@uninorte.edu.co

Co-directora: Ph. D. María del Carmen Amarís Macías, teléfono: [3509292](tel:3509292), dirección: Universidad del Norte, Km 5 Vía Puerto Colombia, Atlántico, Departamento de Psicología, correo electrónico: mamaris@uninorte.edu.co

Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:

Daniela Díaz Agudelo- Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493. Correo del Comité de Ética en Investigación: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co. Página web del Comité: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica.

PÁGINA DE FIRMAS
Información para el Paciente y Formulario de Consentimiento Informado

Evaluación de un programa de intervención psicosocial para el mejoramiento del bienestar por medio del afrontamiento positivo en la población afectada por el desplazamiento forzado en el departamento del Atlántico.

Al firmar esta Información para el Paciente y Formulario de Consentimiento Informado, doy certeza que:

1. Leí detenidamente la información de este Formulario de Consentimiento. Recibí una explicación de la naturaleza, propósito, duración aproximada y efectos posibles en este estudio de investigación. Se me explicaron los posibles riesgos y beneficios.
2. Si participo en esta segunda fase del macro-estudio, existe la posibilidad de que se genere un beneficio a mi bienestar.
3. He entendido la información que se expone en este consentimiento. Se me dio respuesta satisfactoria a todas mis preguntas y en un lenguaje comprensible para mí.
4. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación.
5. Comprendo que en cualquier momento puedo retirarme de este estudio sin dar un motivo y mi decisión no me afectará mi decisión futura.
6. Se me ha informado sobre los procedimientos que pueden realizarse durante esta investigación.
7. Se me ha informado de que antes de que realice cualquier procedimiento relacionado con la investigación, se me solicitará que firme voluntariamente este formulario de consentimiento informado.
8. Se me entregará una copia completa de este Formulario de Consentimiento Informado e Información para el Participante firmado y fechado.
9. Autorizo la grabación de videos, voz y/o registros fotográficos de las actividades en las que participe para registro y beneficio de la investigación.
10. Autorizo, a la Investigadora Principal, el tratamiento y divulgación de mis resultados e información brindada por mí relacionada con la investigación, para propósito del estudio. Sé que mi información personal no será divulgada y esta será tratada de manera confidencial

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Autorización del participante:

Acepto participar en esta investigación. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la presente investigación según se describe en las páginas anteriores.

Nombre del participante de su puño y letra

Firma del participante

Fecha de firma (dd/mm/aaaa)

Número de cédula de ciudadanía del participante

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Anexo F. Ficha de datos sociodemográficos de la Fase I.

Iniciales del participante: _____ **No. Participante:** _____

Centro: _____

Fecha: _____
dd/mm/aaaa

La siguiente información solicitada servirá para propósitos de la investigación y se manejará de forma confidencial.

A. DATOS PERSONALES

1. Sexo: Mujer Hombre
2. Fecha de nacimiento: Día (dd) _____ mes (mm) _____ año (aaaa) _____ 3. Edad: _____
4. Dirección de residencia: _____ 5. Barrio: _____
6. Ciudad: _____ 7. Municipio: _____
8. Teléfono fijo: _____ 9. Celular: _____
10. Estado civil: a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Divorciado(a) d) Unión libre e) Separado(a) f) Viudo(a)

B. DATOS DE CONTACTO

11. Nombre de persona de contacto (familiar, amigo(a), vecino(a)): _____
12. Teléfono/celular del contacto: _____

C. TRABAJO/OCUPACIÓN

13. Actualmente tiene algún trabajo por el que recibe pagos: Si No
- 13.1. En caso de sí: ¿En qué trabaja?: _____
- 13.2. En caso de No: ¿Cuál es su ocupación actual?: _____

D. EDUCACIÓN

14. Último nivel educativo alcanzado por usted:
- a) Sin educación b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta
e) Secundaria completa f) Técnica incompleta g) Técnica completa h) Tecnológica incompleta
i) Tecnológica completa j) Universitaria completa k) Universitaria incompleta l) No contesta
15. Actualmente se encuentra estudiando algo: Si No

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

15.1 En caso de sí: ¿Qué estudia?: _____

E. DATOS DEL HOGAR/VIVIENDA

16. Es usted jefe de hogar: Si No

17. Tiene hijos: Si No 17.1. En caso de sí: Número de hijos: _____

18. Número de personas a cargo: _____

19. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose usted?: _____

20. Estrato socioeconómico: _____

21. Tipo de vivienda: a) Casa b) Apartamento c) Casa lote (lote en construcción) d) Pensión
e) Otro, ¿cuál? (puente, carpa, refugio, etc.): _____

22. La vivienda que usted habita es: Propia Arrendada Familiar

Otra, ¿cuál? : _____

F. DATOS DESPLAZAMIENTO

23. Hace cuánto tiempo fue desplazado de su hogar:

Año(s): _____ mes(es) _____ día(s) _____

24. ¿Dónde vivía cuándo fue desplazado?: _____

25. ¿Durante cuánto tiempo ha asistido al actual centro de desplazado?: Año(s): _____ mes(es) _____ día(s) _____

26. Sólo ha asistido al actual centro de ayuda para víctimas del desplazamiento: Si No

27. Había asistido a otro(s) centro(s) anteriormente: Si No

27.1 En caso de sí, ¿Hace cuánto tiempo?: Años: _____ meses _____ días: _____

Anexo G. Ficha de datos sociodemográficos de la Fase II.**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
FASE II**

No. Participante: _____ Centro: _____ Fecha: _____
dd/mm/aaaa

La siguiente información solicitada servirá para propósitos de la investigación y se manejará de forma confidencial.

A. DATOS PERSONALES

1. Nombre completo: _____
2. Sexo: Mujer Hombre
3. Fecha de nacimiento: Día (dd) _____ mes (mm) _____ año (aaaa) _____ 4. Edad: _____
5. Dirección de residencia: _____
6. Barrio: _____ 7. Ciudad/Municipio: _____
8. Teléfono fijo: _____ 9. Celular: _____
10. Estado civil: a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Divorciado(a) d) Unión libre e) Separado(a) f) Viudo(a)

B. DATOS DE CONTACTO

11. Nombre de persona de contacto (familiar, amigo(a), vecino(a)): _____
12. Teléfono/celular del contacto: _____

C. TRABAJO/OCUPACIÓN

13. Actualmente tiene algún trabajo por el que recibe pagos (Marcar con una X la opción escogida): Si No
- 13.1. En caso de sí: ¿En qué trabaja?: _____
- 13.2. En caso de No: ¿Cuál es su ocupación actual?: _____

D. EDUCACIÓN

14. Último nivel educativo alcanzado por usted:
- a) Sin educación b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa f) Técnica incompleta g) Técnica completa h) Tecnológica incompleta
- i) Tecnológica completa j) Universitaria completa k) Universitaria incompleta l) No contesta
15. Actualmente se encuentra estudiando algo (Marcar con una X la opción escogida): Si No
- 15.1 En caso de sí: ¿Qué estudia?: _____

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

E. DATOS DEL HOGAR/VIVIENDA

16. Es usted jefe de hogar (Marcar con una X la opción escogida): Si No
17. Tiene hijos (Marcar con una X la opción escogida): Si No 17.1. En caso de sí: Número de hijos: _____
18. Número de personas a cargo (En caso de no tener escribir 0 (cero)): _____
19. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose usted?: _____
20. Tipo de vivienda: a) Casa b) Apartamento c) Casa lote(lote en construcción)
d) Otro, ¿cuál? (puente, carpa, refugio, etc.): _____
21. La vivienda que usted habita es: Propia Arrendada Familiar
Otra, ¿cuál? : _____

F. DATOS DESPLAZAMIENTO

22. ¿Cuántas veces ha sido desplazado por el conflicto armado? _____
23. Hace cuánto tiempo fue desplazado por primera vez de su hogar (escoger una de las tres opciones y especificar el número total de tiempo en el espacio de la línea): Año(s): _____ mes(es) _____ día(s) _____
24. ¿Dónde vivía cuándo fue desplazado la primera vez?: _____
25. Especificar el Departamento de donde fue desplazado: _____
26. ¿Se ha declarado desplazado ante alguna institución del Estado? (Marcar X en la opción escogida) Si No
26.1. En caso de sí, cuál institución: _____ No sabe/No contesta
27. Ha recibido ayuda psicológica desde que fue desplazado? (Marcar X en la opción escogida): Si No
28. En caso de sí, ¿Hace cuánto tiempo recibió esa ayuda psicológica? (escoger una de las tres opciones y especificar el número de tiempo en el espacio de la línea): Años: _____ meses _____ días: _____

Anexo H. Escala de Trauma de Davidson.

Cada una de estas preguntas hace referencia a un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma, y con cuánta intensidad, durante la última semana. Tache uno de los números situados al lado de cada pregunta, del 0 a 4, para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

<i>Ahora conteste, por favor, a las siguientes preguntas pensando en la situación más difícil y dolorosa por la que haya pasado en su vida:</i>	Frecuencia					Gravedad				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, palpitaciones, mareos o diarrea)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido “en guardia”?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Anexo I. M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview).

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____		Número de protocolo: _____		
Fecha de nacimiento: _____		Hora en que inició la entrevista: _____		
Nombre del entrevistador: _____		Hora en que terminó la entrevista: _____		
Fecha de la entrevista: _____		Duración total: _____		

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10	
A	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
		Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B	TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C	RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:				
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>			
D	EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
		Pasado	<input type="checkbox"/>		
	EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E	TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
		De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F	AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G	FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J	DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
	ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
		Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 292.80/298.81/298.82 296.24	F32.2/F33.3
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>		
M	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P	TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

3

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDH (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistados no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (\blacktriangleright) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y confirmar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse si en la MINI, La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL, USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@usf.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
E. 75651 París, Francia
Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel.: + 91 564 47 18
Fax: + 91 411 54 32
e-mail: iap@iandes.es

Mirelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL, USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: msoto0619@usf.edu

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(— SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1	
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2	
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	—	NO	SI	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:				
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS	NO	SI	3	
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4	
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5	
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6	
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7	
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8	
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9	
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SI		
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:					
A4	a	—	NO	SI	10
	b	NO	SI	11	
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

5

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

6

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SÍ	25
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	NO	SÍ	

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

¿CODIFICÓ SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO SI

RIESGO DE SUICIDIO

1-5 puntos Low
6-9 puntos Moderado
≥ 10 puntos Alto

SI SI, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SI» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

8

D. Episodio (hipo)maniaco

(— SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1 _a O EN D2 _a ?			—	NO	SÍ
D3	<p>SI D1_b O D2_b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1_b Y D2_b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable noté que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1 _b ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1 _b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			—	NO	SÍ

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

9

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		HIPOMANÍACO	MANÍACO	
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	NO	SÍ	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	EPISODIO HIPOMANÍACO		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	NO	SÍ	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	EPISODIO MANÍACO		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

10

E. Trastorno de angustia			
<i>(= SIGNIFICA: BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)</i>			
E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, atestado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO SÍ 1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO SÍ 2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO SÍ 3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurrente o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO SÍ 4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:	
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO SÍ 5
	b	¿Sentaba o tenía las manos húmedas?	NO SÍ 6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO SÍ 7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO SÍ 8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO SÍ 9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO SÍ 10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO SÍ 11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO SÍ 12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO SÍ 13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO SÍ 14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO SÍ 15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigajos?	NO SÍ 16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO SÍ 17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO SÍ <i>Trastorno de angustia de por vida</i>
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO SÍ <i>Crisis actual con síntomas limitados</i>
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO SÍ 18 <i>Trastorno de angustia actual</i>
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)			

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

11

F. Agorafobia			
F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar podría resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ 19
SI F1 = NO, BODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.			
F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ 20 <i>Agorafobia actual</i>
	¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?	NO	SÍ
	Y	TRASTORNO DE ANGSTIA sin agorafobia ACTUAL	
	¿CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGSTIA ACTUAL)?		
	¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?	NO	SÍ
	Y	TRASTORNO DE ANGSTIA con agorafobia ACTUAL	
	¿CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGSTIA ACTUAL)?		
	¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?	NO	SÍ
	Y	AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	
	¿CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGSTIA DE POR VIDA)?		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)			

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	NO	SI	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SI	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SI	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

13

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SI	1
H2	¿Estos pensamientos vuelven a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SI	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SI compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SI EN H3 O EN H4?	NO ⇒	SI	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO ⇒	SI	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO SI		6
TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL				

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

14

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se le pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14
				ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

E5

J. Abuso y dependencia de alcohol

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	NO	SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

16

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	=	NO	SÍ
----	---	--	---	----	----

RODEAR CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: amfetaminas, speed, cristal, dexodrina, efedrina, píldoras adelgazantes.
Cocainas: inhalada, intravenosa, crack, speedball.
Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodán, Darvon.
Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, peace pill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
Inhalantes: pegamento, éter, óxido nítrico (laughing gas), amyl o butyl nitrate (poppers).
Marihuana: hashís, THC, pasto, hierba, mota, regif.
Tranquilizantes: Quaalude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Alivan, Dalmans, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranqumazin, Lexatin, Orfidal.
Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
 ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b.	SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:	
	SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.	<input type="checkbox"/>
	SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.	<input type="checkbox"/>
	CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (AUTODIAGNÓSTICO SI Y SI SECCIÓN SEA NECESARIO.)	<input type="checkbox"/>

K2	Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1	
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2	
	CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA				
c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3	
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

17

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SI	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SI	6
g	¿Ha confirmado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SI	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SI	
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL				
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (codifique sí, sólo si le ocasionó problemas)	NO	SI	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SI	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SI	10
d	¿Ha confirmado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SI	
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL				
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

18

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIMORFÍSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

DEJA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA, CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE, CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBILES, Y NO PUEDEN DERIVAR DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑOS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: DEJA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACERBILLO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ 16	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ 16	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: DEJA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ 16	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ 16	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: DEJA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, COLOR, CULPA, RUBIA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ		11
		LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:			SÍ	
		Si SÍ: ¿Escuchó una vez que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ ⇒ 18b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPADAS.	NO	SÍ	13
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (en vez de sí extraño) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SÍ		
			TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (en vez de sí extraño) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	NO SÍ		18
			TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO					
o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?					
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	=		
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L13a:	NO	SÍ	
Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/ excitado(a)/ particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (síntomas codificados sí de L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/excitado(a)/irritable?					
			NO SÍ		19
			TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

20

M. Anorexia nerviosa

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BORDAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> kg
			<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, tenía ganas de ganar peso o ponerse gordo/a?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso		4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Pies/pulgadas																
Libras		84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm		144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg		38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso		5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Pies/pulgadas																
Libras		105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm		154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la Metropolitan Life Insurance Table of Weights.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

21

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10
N5	¿Infiere grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ	
		↓	Ir a N8	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL ESPACIO EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?

NO SÍ

BULIMIA NERVIOSA
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO SÍ

ANOREXIA NERVIOSA
TIPO
COMPULSIVO/PURGATIVO
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

22

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BOMBAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			

NO SÍ

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

23

P: Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODIAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o arrojaba fuegos?	NO	SI	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
f	¿Forzaba a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SI	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, fumar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo J. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente en desacuerdo 1	Bastante en desacuerdo 2	Poco en desacuerdo 3	Un poco de acuerdo 4	Bastante de acuerdo 5	Totalmente de Acuerdo 6
--	----------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

Anexo K. Escala de Bienestar Social de Keyes.

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente de Acuerdo 1	2	3	Neutro 4	5	6	Totalmente en desacuerdo 7
1. Para mí el progreso social es algo que no existe.	1	2	3	4	5	6	7
2. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Creo que la gente no es de fiar.	1	2	3	4	5	6	7
4. Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5	6	7
5. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.	1	2	3	4	5	6	7
6. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. No entiendo lo que está pasando en el mundo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5	6	7
9. El mundo es demasiado complejo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
10. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	1	2	3	4	5	6	7
11. La sociedad ya no progresa.	1	2	3	4	5	6	7
12. Creo que la gente es egoísta.	1	2	3	4	5	6	7
13. No vale la pena esforzarme por intentar comprender el mundo en el que vivo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que puedo aportar algo al mundo.	1	2	3	4	5	6	7
15. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5	6	7
18. Las personas no se preocupan de los problemas de otros.	1	2	3	4	5	6	7
19. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6	7
22. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
24. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	1	2	3	4	5	6	7
25. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo L. Escala de Bienestar Subjetivo de Diener.

<i>Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente de Acuerdo 1	Parcialmente de Acuerdo 2	Neutro 3	Parcialmente en Desacuerdo 4	Totalmente en Desacuerdo 5
1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.	1	2	3	4	5

Anexo M. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una **X** en la columna de:

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	-----------------	--------------	---------

... el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre	Siempre
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3. Procuo no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4. Descargo mi mal humor con los demás.	1	2	3	4	5	6
5. Intento ver los aspectos positivos del problema.	1	2	3	4	5	6
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento.	1	2	3	4	5	6
7. Procuo conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional.	1	2	3	4	5	6
8. Asisto a la iglesia.	1	2	3	4	5	6
9. Espero que la solución llegue sola.	1	2	3	4	5	6
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados.	1	2	3	4	5	6
11. Procuo guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuo que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24. Procuo hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
36. Rezo	1	2	3	4	5	6
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo N. Diseño e implementación del Programa de Intervención Psicosocial en Afrontamiento Activo en Desplazados (PIPAAD).***Anexo N 1. Objetivos del PIPAAD.****Objetivo general*

Fomentar estilos activos de afrontamiento en el uso de los recursos psicosociales de las víctimas en condición de desplazamiento forzado con Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) como medio de promoción de la salud mental.

Objetivos específicos del PIPAAD.

- ✓ Generar cohesión grupal mediante la identificación de los participantes en su condición de desplazados forzados.
- ✓ Explicar la importancia y el cuidado de la salud mental.
- ✓ Fortalecer recursos psicosociales como la identidad social, la autoestima, el propósito de vida, el apoyo espiritual, el manejo de conflictos, el dominio del entorno y la reevaluación positiva, así como herramientas para aplicarlas a la vida diaria.
- ✓ Estimular el uso de estrategias de afrontamiento activo como factores protectores de la salud mental mediante las herramientas dadas en las actividades psico-educativas y lúdico-educativas de cada sesión.
- ✓ Practicar la actividad espontánea como recurso del afrontamiento activo.

Anexo N 2. Diseño del PIPAAD.

El programa de intervención psicosocial se diseñó con base en los objetivos de la investigación y del programa mismo, en los hallazgos de la exploración, así como en la revisión de la literatura sobre estudios y programas de intervención en afrontamiento dirigido a víctimas del desplazamiento forzado y en otros contextos.

Teniendo en cuenta las bondades de la intervención grupal, ya nombradas en el marco teórico por Arias y Ruiz (2000), Fuentes (1997) y Lewin (1946), así como la bondad de la psicoeducación grupal tratada por Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez (2017), se consideró la realización de intervenciones grupales, pues permiten el intercambio de experiencias en participantes con situaciones semejantes, fortaleciendo redes de apoyo, y la construcción de conocimiento, a su vez ahorra tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud, proponiendo un enfoque educativo-preventivo y psicológico, que busca fortalecer el afrontamiento de la problemática de una forma más adaptativa (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

Antes de su implementación, se llevó a cabo un pilotaje para probar las sesiones con un grupo de líderes comunitarias del lugar, en condición de desplazamiento forzado, permitiendo analizar su receptividad, y pulir el manejo de las actividades propuestas. Se aclara que el pilotaje no fue realizado con la población de desplazados en general de Villas de San Pablo, puesto que podría ocurrir que algunos posibles participantes presentaran el TEPT e hicieran parte de la segunda fase, sea de grupo de tratamiento o cuasi-control, lo que podría influir en los resultados.

El programa se compone de doce (12) sesiones, siguiendo una metodología psicoeducativa y lúdico-educativa de curso largo al ser de más de 10 (diez) sesiones (Xia et al., 2011; Zapata et al., 2015), donde se establecieron los siguientes pasos para la ejecución de las mismas: a) estiramientos/dinámicas rompe hielo; b) presentación del tema de la sesión (conceptos y

orientaciones); c) dinámicas individuales y/o grupales (trabajo del tema); y d) autoevaluación/evaluación de la sesión. Las dinámicas de las actividades lúdicas fueron dirigidas desde los estilos activos de afrontamiento, implicando la actividad espontánea-creativa, así como estimulación de las emociones positivas que contribuyeran a la escogencia de las estrategias adecuadas de afrontamiento.

Teniendo en cuenta que la psicoeducación abarca el aprendizaje y la práctica de estrategias eficaces de afrontamiento para el cambio de pensamientos, comportamientos, de disminución del estrés, la solución de problemas, ejercicios de respiración, trabajo para el fortalecer la autoestima, el dominio de las emociones y sentimientos (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016; Die-Trill, 2007; Fawzy et al., 1995; Holland, 2002; Link, 2008; Mols, 2005), se implementaron este tipo de actividades. Así mismo, en las dinámicas rompe hielo se realizaron actividades físicas, pues, los ejercicios aeróbicos han probado ser una adecuada herramienta para aumentar el bienestar (Bisquerra, 2000).

Las estrategias de afrontamiento activo implicadas dentro de los contenidos y actividades del programa fueron: a) la solución de problemas; b) la búsqueda de apoyo social; c) religión; d) búsqueda de apoyo profesional; e) reevaluación positiva; f) Expresión de la dificultad de afrontamiento; g) Autonomía. Es importante señalar, que, en el caso de este programa, se tomó a la religión (denominado como apoyo espiritual en diversas investigaciones) como una estrategia de afrontamiento positiva, a pesar de no ser considerada una estrategia activa por su definición teórica. Sin embargo, es una estrategia que debe ser cultivada y usada activamente, teniendo en cuenta los resultados de distintos estudios con víctimas del conflicto armado, donde se encuentra como un recurso positivo empleado frecuentemente para sobrellevar las problemáticas (Amarís et al. 2016; Hewitt et al., 2016; Zuluaga, 2016; Di-Colloredo et al.,

2007) y la adaptación a nuevos contextos (Gómez, 2012); considerándose un factor protector (Giraldo et al., 2008).

Las estrategias anteriormente nombradas son tomadas del trabajo de Londoño et al. (2006), quienes en su investigación estudiaron las propiedades psicométricas de la escala EEC-M, así como la validación de la misma en la población colombiana. Cabe recordar, que la EEC-M procede como adaptación de llamada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR) de Chorot y Sandín (1993), que a su vez procede como versión modificada y optimizada del WCI, Cuestionario Modos de Afrontamiento (del inglés Ways of Coping instrument, WCI), perteneciente a los principales teóricos del afrontamiento, Lazarus & Folkman (1984).

Un componente adicional, importante para el afrontamiento activo fue el fomento de la espontaneidad o actividad espontánea, que consiste en cultivar el amor propio y hacia los demás, así como la práctica del mismo mediante expresiones de la identidad (Fromm, 1973). La espontaneidad fue implicada en todas las secciones del programa dentro de las estrategias de afrontamiento trabajadas, permitiendo las expresiones de los participantes mediante opiniones, reflexiones, el aporte de ideas e interacción con los demás compañeros.

Durante la implementación del PIPAAD, fueron realizadas algunas citas de atención psicológica denominadas: *citas de auxilios psicológicos*, con el fin de brindar un apoyo adicional a quienes solicitaban una atención individual, y a quienes revelaron mayor necesidad en el programa. Se aclara, que estas citas fueron de atención única, realizada a pocos individuos por parte de una psicóloga externa al programa y que fueron brindados como forma de no negar sus derechos y terminar revictimizándolos. También, se realizó un grupo focal un mes después de finalizar la implementación de la intervención, por medio de otro profesional en psicología externo al programa para evaluar las experiencias de los participantes en las

sesiones que sirvió para obtener retroalimentación de la intervención y como aporte a los resultados.

Reglas dentro del programa.

- Estar comprometidos a asistir y a participar por lo menos a un 80% de las actividades a las cuales se les haya solicitado su asistencia.
- Ser plenamente sinceros acerca de su información personal y experiencias dialogadas dentro de las actividades desarrolladas.
- Seguir todas las instrucciones dadas en las sesiones/actividades.
- Respetar a la Investigadora Principal (doctoranda), el equipo de trabajo y a los demás participantes dentro de la investigación.
- Comunicar a la Investigadora Principal (doctoranda) y/o su equipo de trabajo acerca de alguna molestia o dificultad que tengan y que les impida participar en las actividades.

Temas de las sesiones.

Los temas se reparten el siguiente orden: a) Introducción al programa- ¿Quién soy? (Identidad social); b) La importancia de la salud mental (Salud mental); c) Me amo como soy y a quienes me rodean (Auto-aceptación); d) Clarificando mi propósito de vida (Propósito de vida); e) Mi espiritualidad (Apoyo espiritual); f) Manejando los conflictos (Manejo de conductas agresivas); g) Dominando mi entorno (Dominio del entorno); h) Mi tesoro (Reevaluación positiva).

Procedimiento para el manejo del PIPAAD.

El programa consta de 12 sesiones, repartidas dos veces por semana, con duración aproximada de dos horas. En resumen, los pasos a seguir son los siguientes: a) Inicio: estiramientos y/o dinámicas rompe hielo; b) presentación del tema (actividad psicoeducativa); c) dinámicas individuales/grupales (actividades lúdico-educativas); d) Autoevaluación/evaluación de la sesión. En los anexos N3 y N4 se despliega el cronograma y la matriz procedimiento para las actividades del PIPAAD respectivamente.

Herramientas de apoyo.

Diapositivas con los temas de las sesiones (se utilizó un video beam y computador portátil para la proyección de las mismas); materiales como papelería, bolígrafos, marcadores, etc; se construyó un documento denominado “Mi diario” como medio de apoyo para los participantes donde pudieran registrar los conocimientos impartidos, vivencias y reflexiones durante la intervención; grupo de voluntarios capacitados en intervención en crisis del programa Univoluntarios de la Universidad del Norte; oficina DINCS de la Fundación Mario Santo Domingo, líderes comunitarias, Director y Co-directora de tesis; psicóloga externa al PIPAAD para atención individual paralela a la intervención y psicólogo externo al programa para evaluación del mismo mediante grupo focal realizado con los participantes, y el apoyo financiero de la DIDI de la Universidad del Norte para llevar a cabo esta segunda fase de investigación.

Desarrollo del PIPAAD.

Antes de entrar en detalle sobre el desarrollo de la intervención, se quiere explicar, que, inicialmente se planeó ejecutar el programa con la división de seis (6) grupos de 17 personas,

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

que suman el total de los 102 participantes del grupo de tratamiento. Aquí se trabajarían tres grupos en la jornada de la mañana, y tres en la jornada vespertina, siendo una sesión por semana, lo cual sumaría un total de 60 sesiones realizadas, repartidas en dos meses y medio.

No obstante, por problemáticas y limitantes con los espacios de intervención, además de problemáticas con la logística, disponibilidad del lugar de intervención y altos índices de inseguridad en determinadas horas dentro de la comunidad, se decidió dividir al grupo de tratamiento en dos grupos, dos jornadas (inicialmente un grupo de 51 personas trabajó en la jornada de la mañana, y otro grupo de 51 personas trabajó en la tarde), y dos veces por semana (dos sesiones semanales), contando con el acompañamiento de los voluntarios pertenecientes al programa -Univoluntarios de la Universidad del Norte y con las líderes comunitarias.

En total se efectuaron 12 sesiones del PIPAAD por grupo (ver anexos N3 y N4), para un total 24 sesiones impartidas en un mes y una semana por parte la doctoranda y con el apoyo de los Univoluntarios. Cada sesión tuvo una duración promedio de dos horas y se llevó a cabo dentro de un salón comunitario en la urbanización Villas de San Pablo. En el anexo O, se exponen las dimensiones de la salud mental y estrategias de afrontamiento implicadas en las sesiones del PIPAAD. Las líderes comunitarias involucradas en esta investigación estuvieron en constante contacto con los participantes, y apoyaron en la realización de llamadas telefónicas para recordar la asistencia o entregar cualquier otra información pertinente, y, como apoyo dentro de la atención en las sesiones con los asistentes.

En la última sesión de cierre y despedida del programa los participantes fueron los organizadores de la sesión y compartieron por subgrupos, ya establecidos, sus reflexiones y experiencias de las sesiones de manera creativa: cantando, dramatizando, compartiendo acrósticos, poemas, etc; ante sus compañeros e invitados miembros de la comunidad.

Anexo N 3. Cronograma del programa de intervención.

Semana 1		Semana 2		Semana 3	
Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Introducción al programa ¿Quién soy? (Identidad social)	La importancia de la salud mental	Me amo como soy y a quienes me rodean	Clarificando mi propósito de vida	Mi espiritualidad	Resumen de los temas vistos.
Semana 4		Semana 5		Semana 6	
Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12
Manejando los conflictos	Dominando mi entorno parte 1	Dominando mi entorno parte 2	Mi tesoro (reevaluación de experiencias positivas de vida)	Resumen de temas y sesión de preparación cierre de la intervención	Cierre de la intervención (Por parte de los participantes)

Anexo N 5. Sesiones del PIPAAD.**Sesión No. 1****Introducción al programa - ¿Quién Soy?****Tiempo total**

invertido: Dos horas aproximadamente (aprox.)

Objetivo de la sesión:

- 1) Introducir a los participantes al programa de intervención y dar a conocer sus objetivos, manejo de las sesiones, temas a tratar y establecer acuerdos para el cumplimiento del programa mismo.
- 2) Reforzar la identidad social como recurso psicológico que fomente la salud mental (Amarís, et al, 2016), permitiendo crear y fortalecer vínculos entre los participantes (ver anexo 37, sesión1).
- 3) Crear compromisos individuales y grupales dentro del programa para el cumplimiento del mismo.

Estrategias de afrontamiento

implicadas: Búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, autonomía.

Perfil de quien maneja la

intervención: Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

Indicaciones:

Entregar a cada participante pegatina con su nombre el cual debe colocarse en sus camisas para identificación y reconocimiento ante los miembros del grupo.

PASO 1**Dinámica**

Estiramientos para entrar en calentamiento del cuerpo, ejercicios, como recorrer el salón

Rompe Hielo:

caminando, trotando, formando grupos como juego de cohesión grupal. Se puede emplear otro tipo de dinámica que fomente un ambiente de confianza. También se propone para esta sesión emplear un juego para el aprendizaje de los nombres de los compañeros.

Tiempo:

Cinco minutos aprox.

Objetivo de la dinámica:

Juego de contacto y estiramientos para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y relajación.

Desarrollo:

Los participantes deberán recorrer el espacio del salón donde se encuentran y seguir las instrucciones dadas por el coordinador de la dinámica: caminar, trotar, repetir movimientos, armar grupos dependiendo del número indicado (teniendo en cuenta que se debe tener claridad sobre el número de personas para hacer lo grupos), etc. Por ejemplo, se les indica: “ahora voy a decir un número y todos deben colocarse en grupos de acuerdo al número que diga. Nadie debe quedar por fuera”.

PASO 2**Presentación del tema:**

a) Presentación del programa de intervención, tratar los objetivos, desarrollo y reglas dentro del mismo.

b) Entrega del diario: Mi Diario y explicación del propósito del mismo.

c) Se tratará el tema de la Identidad Social e Implicaciones psicosociales del desplazamiento

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

forzado de forma grupal. Se asignarán en grupos teniendo en cuenta el lugar de procedencia, por ejemplo, se unirán todos los que son de un departamento de determinado, ejemplo, Bolívar, Magdalena, etc, con el objetivo de introducir a los participantes con sus compañeros.; quienes no tengan grupo se unificarán entre sí, o unirán a otros grupos dependiendo de su similitud con su cultura y del número de participantes. Cada grupo debe asignar un líder el cual deberá socializar las conclusiones grupales de acuerdo a las preguntas efectuadas tales como:

- ¿De dónde vienen?
 - ¿Cómo es la cultura de donde procedes (costumbres, comida, vivienda, festividades, etc)?
 - ¿Qué los enorgullece de su origen?
 - ¿Cómo fue el proceso de su desplazamiento?
 - ¿Qué conocen sobre las ayudas a los desplazados?
 - ¿Quiénes fueron su apoyo en el desplazamiento? ¿Amigos, familiares, Instituciones?
 - ¿Cómo creen que este programa puede ayudarlos en su vida?
- Identifiquemos cuáles son los grupos o instituciones a las que pertenezco. ¿Siento que estos grupos me han ayudado a sobrellevar mi desplazamiento?
- ¿Soy capaz de reconocer personas (familiares, amigos, vecinos) o lugares (hogar, iglesia, parques, fundaciones) como apoyo a mi vida?

Hacer conclusión de lo tratado y señalar la importancia de la identidad social.

- Referencias:**
- Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Acuña, E., Valle, M., Giraldo, V. y Artuz, L. (2016). Estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la promoción y fortalecimiento de la salud mental en población víctima de la violencia política. En M. Gutiérrez y B. Sarmiento (Ed.), Gobierno y gobernanza: problemas, representaciones y políticas frente a graves violaciones a los derechos humanos (pp. 211-236). Cátedra UNESCO. Bogotá, D.C: Universidad Externado de Colombia.
 - Jiménez, S., Abello, R., y Palacio, J. (2003). Identidad social y restablecimiento urbano de población exiliada internamente en Colombia. Primeros resultados de un estudio de caso. *Investigación y Desarrollo*, 11 (2), 326-347. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26811208>
 - Palacio, J., Correa, A., Díaz, M., Jiménez, S. (2003). La búsqueda de la identidad social: un punto de partida para comprender las dinámicas del desplazamiento - restablecimiento forzado en Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 11 (1), 26-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26811102>

Tiempo: Una hora aprox.

PASO 3

Dinámica: En esta sesión se trabajará con dos dinámicas: Mi menú y Contrato conmigo mismo (ver la siguiente página).

Tiempo: 45 min aprox..

PASO 4

Evaluación: De forma voluntaria se les pide a los participantes que socialicen sobre el registro de dichas expectativas y metas, así como dar una conclusión general sobre sus sentimientos en esta primera sesión. Por último, se les pedirá que establezcan compromisos grupales.

Tiempo: 10 min aprox.

- Tarea:** Traer decorado el diario para la segunda sesión y escribir reflexiones de esta sesión.
- Cierre de la sesión:** Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica # 1

- Título:** Mi menú (adaptación de: El restaurante de los deseos).
- Objetivo:**
- 1) Reconocer fortalezas.
 - 2) Promover los propósitos de vida.
 - 3) Motivar una red de solidaridad de modo que los participantes se convierten entre sí en cocineros/soportes/mediadores para ayudar a concretar sus deseos.
- Tipo de dinámica:** Individual y grupal.
- Material:** Hoja, bolígrafo y engrapadora.
- Tiempo:** 40 minutos.
- Desarrollo:** Se entregará a cada participante una hoja, y se les dice que van a crear su propio Menú para cumplir sus metas dentro del programa. Luego, deberán seguir las instrucciones:
- 1) En el espacio de Entradas: a) Escribir tres aspectos que esperan mejorar en su vida luego de finalizar el programa de intervención; y b) Hacer una lista con las cinco fuerzas que crean tener y que les ayudarán a mejorar esos aspectos en sus vidas. (Estas fuerzas que pueden ser habilidades, conocimientos, rasgos, valores, personas, etc.).
 - 2) En el siguiente espacio (Plato fuerte) la investigadora pedirá que hagan otra lista donde deberán escribir un posible problema para cada uno de los tres aspectos que quieren mejorar. Luego, al azar se formarán subgrupos y tendrán 10 minutos para socializar sus menús a sus compañeros de equipo para que luego estos los aconsejen sobre cómo solucionar esos problemas y sugerir compromisos para empezar ese mismo día. Así mismo, se estimulará a los participantes del subgrupo para que se comprometan a ayudarse mutuamente a cumplir esos compromisos.
 - 3) El tercer paquete (Postres) será basado en la socialización de los subgrupos, donde cada participante tendrá que registrar los compromisos que pueden ser a corto, mediano o largo plazo para lograr el cambio que desean en sus vidas.
- Al finalizar la sesión, la investigadora engrapará estas hojas en los diarios del programa para que recuerden y trabajen en los compromisos que han escrito. En la sesión # 11 se retomarán estas hojas, y se hablará sobre los esfuerzos que cada persona efectuó para el cumplimiento de sus compromisos dentro del programa, y si existió o no solidaridad dentro del grupo para llevarlas a cabo.
- Evaluación:** Socialización sobre cómo se sintieron al realizar estas dinámicas. 2) ¿Creen que estos compromisos individuales y grupales se cumplirán al final del programa? ¿Si o No? ¿Por qué?
- Referencia:** Cesar García-Rincón de Castro. (8 de marzo de 2017). *El restaurante de los deseos: dinámica de grupo*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=cRsDwpLv4KI>

Dinámica # 2

- Título:** Contrato conmigo mismo (adaptación de: En busca de metas).
- Objetivo:** Reafirmar compromisos pactados en la dinámica Mi menú.
- Tipo de dinámica:** Individual.
- Material:** Formato de Contrato conmigo mismo (entregado en esta dinámica), bolígrafo y engrapadora.
- Tiempo:** Cinco minutos.
- Desarrollo:** La investigadora entregará el formato de CONTRATO CONMIGO MISMO donde se les pedirá a los participantes qué en forma individual registren sus contratos. El formato es el siguiente:

FORMATO DE CONTRATO CONMIGO MISMO

1. Voy a empezar ahora mismo con el siguiente compromiso personal dentro del programa de intervención _____ con un primer paso de _____ para comenzar a trabajar en el mejoramiento de los aspectos de mi vida descritos en Mi menú.

2. Para (fecha) _____ espero haber logrado como mínimo 3 cambios en mi vida para llegar a cumplir mis compromisos descritos en Mi menú.

3. Durante la duración del programa me comprometo firmemente a _____.

Entiendo que el mejoramiento de mi bienestar y el logro de mis metas dependen en gran parte de mí y del cumplimiento de mis compromisos.

Firma _____

Se les engrapará este formato a sus diarios para recordatorio de su compromiso individual.

- Evaluación:** En la sesión # 11 se socializará sobre los esfuerzos que cada persona efectuó para el cumplimiento de sus respectivos contratos.
- Referencia:** Dinámicas y Juegos. (s.f.). *En busca de Metas*. Recuperado de <http://dinamicasojuegos.blogspot.com.co/2011/04/en-busca-de-metas.html>

Sesión No. 2**La importancia de la salud mental****Tiempo total****invertido:** Dos horas aprox.**Objetivo de la sesión:** Informar el concepto de salud mental y la importancia en el cuidado del mismo para la vida en general.**Estrategias de****afrentamiento implicadas:** Búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, expresión de la dificultad de afrontamiento**Perfil de quien****maneja la****intervención:** Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.**PASO 1****Dinámica Rompe Hielo:** Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo, o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. Se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.**Tiempo:** 3-5 minutos aprox.**Objetivo de la dinámica:** Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.**Desarrollo:** Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.**PASO 2****Presentación****del tema:**
a) Se realizará de manera previa a la presentación del tema la revisión de tarea asignada en la sesión 1 y de forma voluntaria se le pedirá a los participantes compartirlo con el grupo: se les preguntará a los participantes sobre su diario, cómo lo han decorado, y por qué lo decoraron de esa forma, qué significa la imagen que pegaron y qué los hizo sentir trabajar manualmente en él.
b) Exposición de la temática de la sesión, concepto y herramientas de manejo.**Referencias:**

- Aboutespañol (febrero de 2017). ¿Qué es el bienestar psicológico? El modelo de Carol Ryff. Recuperado de <https://www.aboutespanol.com/que-es-el-bienestar-psicologico-el-modelo-de-carol-ryff-2396415>
- Atienza, F; Pons, D; Balaguer, I-, y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319.
- Blanco, R., y Blanco, A. (2018). La salud como un estado de bienestar. En: M. Amarís y C. Madariaga (Comp.), *Intervenir para reparar: Recuperación de la dignidad y la salud mental en contextos de violencia* (pp. 81-138). Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Blanco, A y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7–29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000100001
- Blanco, A; y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582–589. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717407>

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- Díaz, D; Rodríguez-Carvajal R; Blanco, A; Moreno-Jiménez, B; Gallardo, I; Valle, C; y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 8(3), 572-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Elnuevodiacom (octubre de 2011). Consejos para una buena salud mental. Recuperado de <https://www.elnuevodia.com/estilosdevida/hogar/nota/consejosparaunabuena saludmental-1095236/>
- MedlinePlus (s.f). Salud mental. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- MedlinePlus (s.f.). Enfermedades mentales. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción para la salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Velasco, M; Botero, P; y Londoño, C; (2011). Capítulo 5: Recursos psicológicos: Afrontamiento, Optimismo y Calidad de Vida. Colegio Colombiano de Psicólogos. En: Colegio Colombiano de Psicólogos (Comp). *Avances y perspectivas en psicología de la salud* (pp. 91-125). Primera versión, Bogotá, Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 277-283. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf>

Tiempo: 30 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: 1) Videos sobre salud mental:

Video 1: Universidad de Antioquia (8 de julio de 2014) *¿Qué es la salud mental?* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=O5O2uGIRU5Y>

Video 2 Tatiana Saldivia (s.f.) *Emociones: cómo afectan en la salud mental y física*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=SS1dHTeAy88>

2) Reflexiones por parte de los participantes (basadas en las preguntas de la evaluación) y conclusión por parte de quien conduce la sesión

3) Dinámica: Pulsera todos incluidos.

Tiempo: 1 hora y 20 minutos aprox.

PASO 4

Evaluación:

¿Por qué es importante la salud mental? ¿Por qué es importante la salud mental en mi vida?
¿Qué aporta a mi vida lo que he aprendido hoy?

Tiempo: Cinco minutos aprox.

Tarea: Esta actividad, se encuentra signada en el diario y se les indicará que debe desarrollarse al finalizar la semana: deberán escribir 2 acontecimientos positivos y 1 negativo de la semana (y del negativo qué aprendieron de él). Las respuestas de esta tarea deben ser revisada en la siguiente sesión.

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica

- Título:** Pulsera todos incluidos
- Objetivo:** Fomentar la cohesión grupal y las relaciones positivas con sus compañeros.
- Tipo de dinámica:** Grupal
- Material:** Fomi, elástico, cuencas o cualquier otro material para hacer pulseras. Tijeras.
- Tiempo:** 30 minutos.
- Desarrollo:** Se les entregarán los materiales para realizar la pulsera y se les pedirá que propongan que diseño quieren hacer para la misma. Esta pulsera debe llevar un compromiso grupal y deben traerla en el resto de las sesiones.
- Evaluación:** ¿Me siento incluida dentro del grupo? ¿Estoy comprometida realmente con el grupo? ¿Sí o no y por qué?
- Referencia:** Cesar García-Rincón de Castro (12 de noviembre de 2014). *La pulsera TODOS INCLUIDOS: dinámica para trabajar la inclusividad social*. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=t311Y_aQ1G8

Sesión No. 3**Me amo como soy y a quienes me rodean**

Tiempo total invertido:	Dos horas aprox.
Objetivo de la sesión:	Potenciar la auto-aceptación y el apoyo social.
Estrategias de afrontamiento implicadas:	Búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, autonomía.
Perfil de quien maneja la intervención:	Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

PASO 1

Dinámica Rompe Hielo: Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Tiempo: 3-5 minutos.

Objetivo de la dinámica: Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.

Desarrollo: Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.

PASO 2

Presentación del tema: a) Se realizará de manera previa a la presentación del tema la revisión de tarea asignada en la sesión 2 y de forma voluntaria se le pedirá a los participantes compartir sus respuestas con el grupo. En caso de que el/los participantes (s) no hayan cumplido con ella, se ayudará a completarla.

b) Exposición de la temática de la sesión y herramientas de manejo.

- Referencias:**
- Góngora, V., y Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 183-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827002>
 - Psicología y Mente (s.f.). *Aprender a querer a uno mismo: 10 claves para lograrlo*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/aprender-querer-se-uno-mismo-claves>
 - WikiHow (s.f.). *Cómo amar a los demás*. Recuperado de <https://es.wikihow.com/amar-a-los-dem%C3%A1s>

Tiempo: 10 a 15 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: Se realizarán dos dinámicas en esta sesión 1) El águila real; 2) Mirándome al espejo.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tiempo: 1 hora y 10 minutos aprox.

PASO 4

Evaluación: ¿Antes de la sesión era consciente de cómo me veía a mí misma? ¿Ha cambiado el concepto que tenía de mí mismo/a, es decir, me veo ahora diferente? ¿Cómo me describo ahora?

Tiempo: Cinco minutos aprox.

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica # 1

Título: El águila real

Objetivo: Potenciar la autoestima.

Tipo de dinámica: Individual

Material: Cuento El águila real, bolígrafo y Papel.

Tiempo: 30 minutos

Desarrollo: Se invitan a dos participantes a leer las versiones del cuento El águila real. Se conversará teniendo como base las preguntas de la evaluación.

EL ÁGUILA REAL VERSIÓN 1: Un hombre se encontró un huevo de águila. Se lo llevó y lo colocó en el nido de una gallina de corral. El aguilucho fue incubado y creció con los demás pollos. Durante toda su vida, el águila hizo lo mismo que hacían los pollos, pensando que era un pollo. Escarbaba la tierra en busca de gusanos e insectos, piando y cacareando. Incluso sacudía las alas y volaba unos metros por el aire, al igual que los pollos. Después de todo, ¿No es así como vuelan los pollos? Pasaron los años y el águila se hizo vieja. Un día divisó muy por encima de ella, en el limpio cielo, a una magnífica ave que flotaba elegante y majestuosamente por entre las corrientes de aire, moviendo apenas sus poderosas alas doradas. La vieja águila miraba asombrada hacia arriba. ¿Qué es eso?, preguntó a una gallina que estaba junto a ella. Es el águila, el rey de las aves, respondió la gallina. Pero no pienses en ello. Tú y yo somos diferente de ella. De manera que el águila no volvió a pensar en ello. Y murió creyendo que era una gallina de corral.

EL ÁGUILA REAL VERSIÓN 2: Un granjero encontró un huevo de águila y lo llevó a su corral de gallinas. El aguilucho creció y vivió como si fuese una gallina más del corral: escarbaba la tierra, comía gusanitos, piaba, cacareaba como una gallina más que hacían los pollos, pensando que era un pollo. Un día una pareja de ingenieros visitó al granjero, y al ver a los animales de la granja descubrieron entre las gallinas al aguilucho: -Tienes un águila entre las gallinas, le dijo la ingeniera al granjero, - Sí, respondió éste, pero es como si fuese una gallina, vive como una gallina, apenas sabe volar. Entonces, el ingeniero dirigiéndose al aguilucho le dijo: - ¡Vamos, intenta volar! La falsa gallina intentó volar, pero sólo dio un pequeño saltito. - Vieron, les dijo el granjero a sus amigos ingenieros, no sabe ni volar. La

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

ingeniera, sin desanimarse, le dijo nuevamente al aguilucho: - ¡Vamos, intenta de nuevo! El aguilucho voló un poco, pero pronto cayó. -Se lo he repetido, dijo el granjero a sus amigos, es como una gallina. Por tercera vez la pareja se dirigió al aguilucho para que volase. Y esta vez, el aguilucho, cobrando fuerzas, dio un fuerte impulso y voló, voló hasta desaparecer de la vista y dejar para siempre el gallinero.

Evaluación: ¿Quién o quiénes pueden ser relacionados con la gallina de la primera historia en la vida real? ¿Quién o quiénes pueden ser relacionados con el granjero y la ingeniera de la segunda historia en la vida real? ¿Con cuál historia te identificas más y por qué?, ¿Te sientes más como el águila de la primera o de la segunda historia?
Reflexión: Ser gallina o águila son modos distintos de enfocar la propia vida. Volar como gallina o águila son maneras diferentes de ver las realidades cotidianas. La autoestima conlleva a valorarnos, conocer nuestros defectos y cualidades sin violentar o dañar a los demás.

Referencia: Gamboa, S (2009). *Juegos por la no violencia*. Buenos Aires: Editorial BONUM.

Dinámica # 2

Título: Espejito, espejito.

Objetivo: Fomentar la autoestima y el apoyo social.

Tipo de dinámica: Grupal.

Material: Un espejo mediano.

Tiempo: 40 minutos.

Desarrollo: Los participantes uno a uno deberá verse al espejo y decir públicamente algo atractivo en sus rostros y después si alguno de sus compañeros puede nombrar otro aspecto agradable en su rostro o si quieren agregar algo sobre las cualidades positivas de sus compañeros. Luego, se preguntará si están de acuerdo con lo que resaltan sus compañeros y qué los hace sentir el hecho de que otros reconozcan esa parte atractiva que ellos desconocían.

Evaluación: ¿Estás de acuerdo en que esa característica es atractiva en tu rostro como indica/n tu/s compañero/s?
¿Ya reconocías como atractiva esa parte de tu rostro?
¿Cómo te ha sentir lo que has escuchado sobre ti?

Referencia: Creación de la doctoranda.

Sesión No. 4**Clarificando mi propósito de vida**

Tiempo total invertido: Dos horas aprox.

Objetivo de la sesión: 1) Mostrar a los participantes la importancia de los proyectos personales y el sentido de propósito de la vida para la salud mental.
2) Ayudar a los participantes esclarecer y/o reafirmar sus propósitos de vida.

Estrategias de afrontamiento implicadas: Autonomía, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, apoyo espiritual (religión).

Perfil de quien maneja la intervención: Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

PASO 1

Dinámica Rompe Hielo: Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Tiempo: 3-5 minutos aprox.

Objetivo de la dinámica: Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.

Desarrollo: Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.

PASO 2

Presentación del tema: Exposición de la temática de la sesión y herramientas de manejo.

Referencias:

- Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Acuña, E., Valle, M., Giraldo, V. y Artuz, L. (2016). Estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la promoción y fortalecimiento de la salud mental en población víctima de la violencia política. En M. Gutiérrez y B. Sarmiento (Ed.), *Gobierno y gobernanza: problemas, representaciones y políticas frente a graves violaciones a los derechos humanos* (pp. 211-236). Cátedra UNESCO. Bogotá, D.C: Universidad Externado de Colombia.
- Aranguren, M; & Irrazabal. N; (2015). Estudio de las propiedades psicométricas de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de estudiantes argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 9 (1): 73 – 83. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545409008>
- Clarín (abril de 2015). *Psico. Las 10 emociones positivas más importantes*. Recuperado de https://www.clarin.com/psico/emociones-positivas-importantes_0_BJYEb5DQg.html
- Díaz, D; Rodríguez-Carvajal R; Blanco, A; Moreno-Jiménez, B; Gallardo, I; Valle, C; y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 8(3), 572-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Tiempo: 10 a 15 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: Se realizarán dos dinámicas en esta sesión 1) Mi propósito de vida; 2) Las imágenes del sentido de la vida.

Tiempo: 1 hora y 20 minutos aprox.

PASO 4

Evaluación: Antes de estar presente en esta sesión: ¿Tenía definidas claramente mis metas en la vida? ¿Esta sesión me ha ayudado a aclarar/hacer consiente mis metas? ¿He descubierto nuevos propósitos o siguen siendo los mismos que antes? En caso de sí, ¿Considero que podré lograr estos propósitos teniendo en cuenta mis habilidades y el compromiso pactado en la sesión?

Tiempo: 10 minutos aprox.

Tarea: Esta actividad, se encuentra signada en el diario y se les indicará que debe desarrollarse al finalizar la semana: deberán escribir 2 acontecimientos positivos y 1 negativo de la semana (y del negativo qué aprendieron de él). Las respuestas de esta tarea deben ser revisada en la siguiente sesión.

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica # 1

Título: Mi propósito de vida

Objetivo: Reconocer los propósitos de la vida individuales.

Tipo de dinámica: Individual

Material: Papel y bolígrafo.

Tiempo: 40 minutos.

Desarrollo: Mostrar video titulado: ¿Cómo tener una vida mejor? Las reflexiones derivadas del video y de las preguntas de la evaluación deben ser plasmadas en una frase o lema (por cada participante), y anotar ese lema en el diario, y pedir que compartan sus lemas de manera voluntaria.

- Evaluación:** Piensen:
 ¿Qué cosas me producen una gran satisfacción y alegría?
 ¿Qué me gusta hacer?
 ¿Qué me hace perder la noción del tiempo?
 ¿En qué utilizo mi tiempo libre?
 ¿Qué me hace sentirme bien conmigo mismo?
 ¿Cuáles son mis talentos?
 ¿Cómo puedo usar mis habilidades para ayudar a los demás?
 ¿Qué haría si sólo me quedasen seis meses de vida?
 ¿Qué haría si tuviera todo el tiempo y el dinero del mundo?
 ¿Cuáles son los valores que siempre defiendo?
 ¿En qué creo?
- Referencia:** Escuela de la vida (6 de diciembre de 2013). *¿Como tener una vida mejor?* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ZZryAF7BSqE>

Dinámica # 2

- Título:** Las imágenes del sentido de la vida (adaptación)
- Objetivo:** Reconocer propósitos de vida y de los sentimientos que surgen al hacerlo consciente.
- Tipo de dinámica:** Grupal.
- Material:** Portafolio o álbum con 50 fotos aproximadamente, donde cada página ocupa todo el espacio de una foto. Ejemplo de fotos: Un paisaje, unas manos, un grupo de gente en la playa, niños jugando, gente rezando, un director de orquesta, unas manos en una celda, un paisaje desértico, una calle desolada, la familia unida, fotos de guerra, etc.
- Tiempo:** 40 minutos
- Desarrollo:** Se esparcen las fotos por el salón y se plantearán las preguntas de la evaluación. Luego, en grupos (creados al azar por quien dirige la sesión) deberán conversar sobre las respuestas de sus preguntas, y luego diseñarán lo que harán con sus respuestas, si una canción, una dramatización, un poema u otra actividad creativa propuesta por ellos, y deberán exponerlo en la sesión a sus compañeros.
- Evaluación:** ¿Con cuál foto te identificas más y por qué?
 ¿Qué sentimientos surgen cuando la ves y por qué?
 ¿Qué representa en tu vida?
 ¿Qué es lo que te motiva cada mañana?
- Referencia:** Cesar García-Rincón de Castro. (20 de septiembre de 2013). *Las Imágenes del Sentido de la Vida (dinámica de grupo)*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=oKSNVtT8ZE>

Sesión No. 5**Mi espiritualidad****Tiempo total****invertido:** Dos horas aprox.**Objetivo de la****sesión:** 1)Apoyar las creencias espirituales y la importancia de las mismas en la vida de los participantes.
2)Revisión de las tareas de la sesión 4.**Estrategias de
afrentamiento****implicadas:** Apoyo espiritual (Religión), reevaluación positiva.**Perfil de
quien maneja
la****intervención:** Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.**PASO 1****Dinámica** Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o
Rompe Hielo: cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.**Tiempo:** 3-5 minutos aprox.**Objetivo de la** Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente
dinámica: cálido, amigable y de relajación.**Desarrollo:** Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.**PASO 2****Presentación** a) Se realizará de manera previa a la presentación del tema la revisión de asignada en la sesión 4 y
del tema: de forma voluntaria se le pedirá a los participantes compartir sus respuestas con el grupo. En caso de que el/los participantes (s) no hayan cumplido con ella, se ayudará a completarla.
b) Se mostrará la importancia de la espiritualidad en la vida de los seres humanos y se conversará con los participantes por qué es importante para ellos su creencia en Dios o en la creencia espiritual a la que hallan su fe. Se les pedirá que den testimonio de lo que les ha ocurrido gracias a su fe.**Referencias:**

- Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Acuña, E., Valle, M., Giraldo, V. y Artuz, L. (2016). Estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la promoción y fortalecimiento de la salud mental en población víctima de la violencia política. En M. Gutiérrez y B. Sarmiento (Ed.), *Gobierno y gobernanza: problemas, representaciones y políticas frente a graves violaciones a los derechos humanos* (pp. 211-236). Cátedra UNESCO. Bogotá, D .C: Universidad Externado de Colombia.
- Gómez Carrillo, E.I. (2012). Espiritualidad y desplazamiento: consideraciones para los estudios de migración. *Theologica Xaveriana*, 62(173) 61-84. Recuperado de <http://revele.com.veywww.redalyc.org/articulo.oa?id=191025077003>
- Hewitt Ramirez, N; Juárez, F; Parada Baños, A J; Guerrero Luzardo, J; Romero Chávez, Y M; Salgado Castilla, A M; y Vargas Amaya, M V; (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en

Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1) 125-140. DOI: 10.15446/rcp.v25n1.49966

- Palacio Vargas, Carlos Julián. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*, 42(98), 459-481. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-131X2015000200009&lng=en&tlng=es.
- Zuluaga, L. (2016). Estrategias de afrontamiento en un grupo de desplazados internos en la ciudad de Bogotá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 71-86 DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a05

Tiempo: 10 a 15 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: Se realizará la dinámica: La fuente de tu espiritualidad.

Tiempo: 1 hora y 20 minutos aprox.

PASO 4

Evaluación: ¿Qué ha aportado esta sesión a mi vida? ¿Siento que ha fortalecido mi creencia espiritual? ¿Sí o no y por qué? ¿Mi creencia espiritual es mi soporte ante los problemas de la vida?

Tiempo: Cinco minutos aprox.

Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Cierre de la sesión:

Dinámica

Título: La fuente de tu espiritualidad (Adaptación de: Escoge tu fuente de energía espiritual)

Objetivo: Reconocer la importancia de la creencia espiritual en sus vidas.

Tipo de

dinámica: Individual.

Material: Objetos traídos por los participantes, papel y bolígrafo.

Tiempo: 1 hora y 20 minutos.

Desarrollo: Cada participante debe haber traído (con aviso en la sesión anterior) una imagen que simbolice su espiritualidad, puede ser la representación de Dios, santos, ángeles, amuletos, talismanes, etc. Es aquello que le da fe, confianza y devoción. Para esta sesión deberán hablar sobre ese objeto, el por qué lo han escogido y si quieren dar testimonio sobre su creencia. Luego, se les indicará que deben escribir en una carta dirigida a la vida, o a su creencia espiritual sobre los motivos o razones del por qué darle gracias, así como sus encomendarle sus deseos. Se leerá las preguntas de la evaluación. Al finalizar la actividad se les preguntará que desean hacer con esa carta.

Evaluación: ¿Qué quieres agradecer en tu carta (se valen personas, vivencias, objetos, etc.)

¿Qué deseos quieres encomendar a tu creencia?

¿Cómo te sientes al realizar la carta?

¿Qué deseas hacer con esta carta?

Referencia: Superación Personal, Desarrollo Personal. (s.f.). *Escoge tu fuente de energía espiritual*.

Recuperado de <https://superacionpersonalmag.wordpress.com/tag/superacion-personal/page/2/>

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Sesión No. 6**Resumen del mes 1**

Tiempo total invertido: Dos horas aprox.

Objetivo de la sesión:

- 1) Recapitulación de los temas del mes de manera breve con el objetivo de que los participantes consoliden su compromiso con su bienestar.
- 2) Revisión de avance del aprendizaje por equipo.

Estrategias de afrontamiento implicadas: Autonomía, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, apoyo espiritual (religión).

Perfil de quien maneja la intervención: Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

PASO 1**Dinámica Rompe**

Hielo: Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Tiempo: 3-5 minutos aprox.

Objetivo de la dinámica: Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.

Desarrollo: Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.

PASO 2**Presentación del tema:**

Resumen realizado entre el coordinador de la sesión y los participantes sobre los temas del mes 1 y de las herramientas para potenciar cada uno de los agentes expuestos. Se les indicará que se basen también en lo escrito en sus diarios para comentar lo que aprendieron. No se usarán diapositivas para esta sesión.

Tiempo: 10 a 15 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: Parte 1) a) Los participantes se subdividirán en equipos aleatoriamente; b) En una bolsa estarán en distintos papeles los temas expuestos en el primer mes. Un líder de cada grupo deberá meter su mano y escoger un papel para que luego su equipo discuta el tema y lo que aprendieron del mismo. c) Se le entregará a cada equipo una cartulina donde deberán escribir un mínimo de cinco puntos sobre lo más importante que aprendieron del tema que les ha tocado. Parte 2) Se les indicará a los participantes que en los mismos equipos deberán por su cuenta mostrar lo aprendido de una forma original, ya sea creando la letra de una canción, creando un dibujo que

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

simbolice lo aprendido, cantar una canción existente que los identifique, hacer un juego, poema, baile, hacer un comic, etc.

Tiempo: 1 hora y 20 minutos aprox.

PASO 4

Evaluación: ¿Siento que esta sesión reforzó mi aprendizaje sobre los temas vistos? En caso de sí ¿Qué es lo que más me gustó de lo aprendido? ¿Creo que ahora cuento con más herramientas personales para tener bienestar? En caso de sí ¿Cuáles son esas herramientas?

Tiempo: Cinco minutos aprox.

Tarea: Esta actividad diaria se encuentra signada en el diario y se les indicará que debe desarrollarse al finalizar la semana: deberán escribir 2 acontecimientos positivos y 1 negativo de la semana (y del negativo qué aprendieron de él). Las respuestas de esta tarea deben ser revisada en la siguiente sesión.

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Sesión No. 7**Manejando los conflictos****Tiempo total****invertido:** Dos horas aprox.**Objetivo de la sesión:**

- 1) Fomentar habilidades para la solución de problemas y la expresión de la dificultad de afrontamiento.
- 2) Fomentar la comunicación verbal.
- 3) Revisión de la tarea sesión 6.

Estrategias de afrontamiento**implicadas:** Búsqueda de apoyo social, solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, autonomía.**Perfil de quien maneja la****intervención:** Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.**PASO 1****Dinámica**

Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o

Rompe Hielo:

cohesión grupal.

Tiempo:

3-5 minutos aprox.

Objetivo de la dinámica:

Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Desarrollo:

Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.

PASO 2**Presentación****del tema:**

- a) Se realizará de manera previa a la presentación del tema la revisión de tarea asignada en la sesión 6 y de forma voluntaria se le pedirá a los participantes compartir sus respuestas con el grupo. En caso de que el/los participantes (s) no hayan cumplido con ella, se ayudará a completarla.
- b) Exposición de la temática de la sesión y herramientas de manejo.

Referencias:

- Revista masculina: Cuerpo y mente. (abril de 2015). *Aprender a relajarse en una discusión*. Recuperado de <http://www.masmasculino.com/revista-masculina/1512345/2015-1-REVISTA-MASCULINA/04-15-inmobiliario-028-21.html>
- Bienestar180 (s.f.). *5 claves para lidiar con personas agresivas y difíciles*. Recuperado de <https://www.salud180.com/salud-dia-dia/5-claves-para-lidiar-con-personas-agresivas-y-dificiles>.
- SlideShare (junio de 2009). *El conflicto y sus elementos*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/jcfdezmx2/el-conflicto-y-sus-elementos>
- Mirabal, D. (2003). Técnicas para manejo de conflictos, negociación y articulación de alianzas efectivas. *Provincia*, (10), 53-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/555/55501005/>

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- Montes, C., & Rodríguez, D., & Serrano, G. (2014). *Estrategias de manejo de conflicto en clave emocional*. *Anales de Psicología*, 30 (1), 238-246. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16729452025.pdf>

Tiempo: 10 a 15 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: Se proponen 4 dinámicas en esta sesión y se puede escoger entre dos de ellas: 1) Soluciones pacíficas y 2) Dramatización: aplicando lo aprendido. 3) Enredados, 4) Vive y deja vivir.

Tiempo: 1 hora y 30 min

PASO 4

Evaluación: ¿He aprendido a comunicar de mejor forma mis puntos de vista sin ser agresivo/a sí o no y por qué? ¿Sí o no y por qué? ¿Siento que luego de esta sesión tengo mejores herramientas para controlar situaciones estresantes? En caso de no ¿Qué siento que debo reforzar para lograrlo? ¿A qué me comprometo conmigo mismo luego de esta sesión?

Tiempo: Cinco minutos

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica # 1

Título: Soluciones pacíficas

Objetivo: Fomentar la solución pacífica de problemas y la expresión de la dificultad de afrontamiento.

Tipo de dinámica: Grupal.

Material: Papel y bolígrafo.

Tiempo: 40 minutos

Desarrollo: Preparación y presentación: 1) Se subdivide el grupo grande para trabajar en subgrupos y cada uno asigna un secretario, que también hará la función de portavoz. 2) Se presenta el caso sobre una problemática social o comunitaria: preferiblemente se entregará también por escrito. En este punto pueden encontrarse varias alternativas: a) que el caso esté diseñado, o b) que sea propuesto por los propios participantes. 3) Se entregará el caso a los participantes, quienes en pequeños grupos dispondrán del tiempo que requieran para que les sean aclaradas cuantas dudas tengan. Desarrollo: 1) Cada grupo se pone a trabajar para resolverlo en el tiempo asignado/estimado. 2) Puesta en común y valoración. 3) Se comparten las propuestas, que son expuestas por el portavoz de cada grupo. 4) Se procede al análisis y valoración de cada solución. 5) Cierre. Se emite la retroalimentación que reconoce a los participantes el valor del trabajo y la calidad del conocimiento generado y de las propuestas obtenidas.

Evaluación: Lograr el intercambio de ideas y propuestas que conduzcan a soluciones pacíficas, estimulando y reforzando el aprendizaje de las herramientas dadas en el taller. La actuación del instructor de la sesión debe restringirse a preparar el material que se va a entregar, a orientar y complementar las

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

propuestas. Son los participantes quienes deben ser los protagonistas y desempeñar el papel más activo.

Referencia: Sarrate, M y González, A (Coord.) (2013). *Animación e intervención sociocultural*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Dinámica # 2

Título: Dramatización: Aplicando lo aprendido

Objetivo: 1) Fomentar las habilidades implicadas en la resolución de problemas o en la toma de decisiones que sea transferibles a su vida cotidiana.
2) Fomentar la comunicación verbal.

Tipo de dinámica: Grupal

Material: Propuesta de los participantes o caso diseñado por el investigador, soluciones expuestas en el taller.

Tiempo: 15 minutos por grupo

Desarrollo: Los participantes deberán realizar una dramatización sobre la situación agresiva expuesta en la dinámica SOLUCIONES PACÍFICAS, teniendo en cuenta las indicaciones dadas para manejar la situación y las propuestas expuestas por ellos en la dinámica anterior. Luego de cada representación, los participantes deberán juzgar lo observado en cada drama.

Evaluación: Estimular la práctica de conductas pacíficas y reconocimiento de las conductas asertivas y no asertivas dentro de cada dramatización. Una comunicación inteligente puede convertir toda la hostilidad y agresión en una situación cooperativa y llena de respeto.

Referencia: Creación de la doctoranda.

Dinámica # 3

Título: Enredados.

Objetivo: Fomentar la escucha/ respetar diferencias y la expresión de la dificultad de afrontamiento. Llegar a un consenso.

Tipo de dinámica: Grupal

Material: Dos bolas de lana, cinta o pitas de colores diferentes cortadas a metro y medio de medida.

Tiempo: 5 a 10 minutos

Desarrollo: Se deben atar a las muñecas las tiras del material escogido, quedando como una especie de aros para que abracen las muñecas de las personas. Un primer participante se coloca las esposas y luego el otro mete su tira dentro del espacio del participante entre el pecho y la cuerda y luego se esposa de modo que los dos queden atados. El objetivo de la técnica es soltarse, pero bajo dos condiciones: La primera, no se puede zafar la muñeca, y dos, por ningún motivo van a desanudarse las esposas. Luego, se pasará a socializar las preguntas de la evaluación.

Evaluación: ¿Lograste tener una buena comunicación con tu compañero para lograr desatarse? ¿Escuchaste a tu compañero?
 ¿Te sentiste escuchado?
 ¿Fuiste paciente?
 ¿Fueron coordinados los pasos o cada uno hizo algo diferente sin comunicarlo al otro?
 ¿Qué semejanzas tiene esta dinámica con los conflictos vividos con los que te rodean?

Referencia: Juegos educativos orientar. (11 de febrero de 2017). *Dinámica para manejo de conflictos*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=SeN04R6HB9k>

Dinámica # 4

Título: Vives y dejas vivir (Adaptación del original).

Objetivo: Fomentar reflexiones sobre la tolerancia y respeto para una convivencia pacífica.

Tipo de dinámica: Individual o grupal, dependiendo del número de personas

Material: Cartulina y marcadores.

Tiempo: 30 minutos.

Desarrollo: Se coloca música alegre de fondo con linda letra, humanizadora (se sugiere Color esperanza de Diego Torres) y se presenta la letra de la canción en una diapositiva. En una mesa boca abajo, se dejan los trece principios por la no violencia (Vives y dejas vivir cuando). Según el número de participantes, se le pide que escojan los papeles por persona o en grupos. Después de leído el principio se buscan ejemplos en la propia vida y se dan a conocer mediante un lema que fomente la paz. Los lemas quedarán escritos en una cartulina.

PRINCIPIOS POR LA NO VIOLENCIA: Vives y dejas vivir cuando: 1) compartes tus opiniones personales, no cuando las impones a los demás; 2) propones valores que motivan, no cuando impones conductas; 3) enseñas a caminar, no cuando impones caminos; 4) despiertas el coraje de ser libre, no cuando dominas a los demás; 5) fomentas la capacidad de pensar, no cuando impones tus ideas; 6) liberas el amor que acerca y comunica, no cuando impones el temor que aísla; 7) cultivas la independencia del otro, no cuando impones tu autoridad; 8) respetas la originalidad, no cuando impones la uniformidad; 9) enseñas a buscar la verdad honestamente, no cuando la impones; 10) formas personas responsables, no cuando impones disciplina; 11) ganas el respeto, no cuando lo impones autoritariamente; 12) estimulas la participación, no cuando impones el miedo que paraliza; 13) muestras el sentido de la vida, y no cuando impones a los demás lo que tú quieres que ellos sean.

Evaluación: Luego de escucharla y/o leer la canción y hacer los lemas, se conversa con los participantes sentados en semicírculo. Se les indica:
 Lee tu lema y explica qué significa.
 ¿Qué mensaje te deja la canción Color esperanza?
 ¿Qué sentimientos o sensaciones te provoca?

Referencia: Gamboa, S (2009). *Juegos por la no violencia*. Buenos Aires-, Argentina. Editorial BONUM.

Sesión No. 8**Dominando mi entorno parte 1****Tiempo total****invertido:** Dos horas aprox.**Objetivo de la sesión:**

- 1) Fomentar autonomía, el apoyo social y profesional; y la reevaluación positiva.
- 2) Estimular el reconocimiento de fortalezas, habilidades, personas, acciones y demás herramientas con las que cuentan como apoyo para la confianza en sí mismo.
- 3) Reflexionar sobre el crecimiento personal.

Estrategias de afrontamiento**implicadas:** Reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, autonomía, expresión de la dificultad de afrontamiento.**Perfil de quien maneja la****intervención:** Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.**PASO 1****Dinámica****Rompe Hielo:**

Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Tiempo:

3-5 minutos aprox.

Objetivo de la dinámica:

Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.

Desarrollo:

Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.

PASO 2**Presentación del tema:**Exposición de la temática de la sesión y herramientas de manejo.
Presentación de un video del cual se harán preguntas sobre las reflexiones del mismo.: inKNOWation. (27 de noviembre de 2012). *¿Te atreves a soñar? Desafía tu Zona de Confort!*. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=i07qz_6Mk7g**Referencias:**

- Aboutespañol (febrero de 2017). *¿Qué es el bienestar psicológico? El modelo de Carol Ryff*. Recuperado de <https://www.aboutespanol.com/que-es-el-bienestar-psicologico-el-modelo-de-carol-ryff-2396415>
- Blanco, A y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social *Clínica y Salud*, 17(1), 7–29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000100001
- Díaz, D; Rodríguez-Carvajal R; Blanco, A; Moreno-Jiménez, B; Gallardo, I; Valle, C; y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 8(3), 572-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- Sáez, F. (s.f). Controla tu entorno. *Facile things Blog*. Recuperado de <https://facilethings.com/blog/es/control-your-environment>

Tiempo: 40 minutos aprox.

PASO 3

Dinámicas: Se realizará una dinámica en esta sesión: Revisando mis elementos.

Tiempo: 1 hora aprox.

PASO 4

Evaluación: ¿Qué tienen en común cada una de mis respuestas en la dinámica Mis elementos? ¿Qué tan importantes son para mi vida y por qué? ¿Esta sesión me hizo dar cuenta de que cuento con algunos amigos, vecinos, familiares, etc, que antes no reconocía como apoyo? En caso de sí ¿Quiénes son ellos? (registrar sus nombres en el diario).

Tiempo: Cinco minutos aprox.

Tarea: Esta actividad se encuentra signada en el diario y se les indicará que debe desarrollarse al finalizar la semana: deberán escribir 2 acontecimientos positivos y 1 negativo de la semana (y del negativo qué aprendieron de él). Las respuestas de esta tarea deben ser revisada en la siguiente sesión.

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica

Título: Revisando mis elementos (Basado de Ejercicios para valorar la felicidad).

Objetivo:

- 1) Reconocer fortalezas, habilidades, personas, acciones y demás herramientas con las que cuentan como apoyo.
- 2) Fomentar la reevaluación positiva y la autonomía.
- 3) Reflexionar sobre el crecimiento personal.

Tipo de dinámica: Individual.

Material: Bolígrafo y papel.

Tiempo: 1 hora

Desarrollo: Ejercicio 1: Si yo pudiese coger el teléfono, y llamar al “yo” de hace 5 años atrás:
 ¿Qué le diría?
 ¿Me sentiría orgulloso o satisfecho de lo que actualmente está haciendo? ¿Por qué cosas me preguntaría?
 ¿Qué consejos me daría?

Ejercicio 2: Si llamara a mi “yo” de dentro de unos años:

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- ¿Por qué aspectos de mi vida actual le preguntaría?
- ¿Qué cuestiones me preocupan en la actualidad?
- ¿Qué consejos me daría para resolver esas preocupaciones, es decir, qué estoy haciendo en la actualidad para resolverlas?

Ejercicio 3: Si en el futuro publican un libro sobre mí (biografía o autobiografía) ¿cómo se llamará el capítulo en el que me encuentro actualmente?

Ejercicio 4:

-Escribe 3 los retos/problemas más grandes los cuales te de mucho orgullo haberlos sobrellevado.

-Escribe 3 personas que te ayudaron.

-Anota 3 habilidades que te ayudaron a salir adelante.

-Ahora lee estas respuestas internamente.

Se pide que de forma voluntaria compartan sus respuestas.

- Evaluación:**
- ¿Qué tienen en común cada una de mis respuestas en la dinámica (¿personas, problemas, deseos, etc)?
 - ¿Qué tan importantes son para mi vida y por qué?
 - ¿Cómo me hizo sentir esta dinámica?
 - ¿Me hizo caer en cuenta de algo que no era consciente?

- Referencia:**
- EGOLANDEDUCCION.COM, Formación creativa en habilidades sociales. (octubre de 2014). Ejercicios para valorar la felicidad. Recuperado de <http://www.egolandseducion.com/category/psi-heterosocial/motivacion-psi-heterosocial/page/2/>

Sesión No. 9**Dominando mi entorno parte 2****Tiempo total****invertido:** Dos horas aprox.**Objetivo de la sesión:**

- 1) Dar orientación a las víctimas para el empoderamiento de sus derechos.
- 2) Estimular la búsqueda de apoyo profesional y del apoyo social.

Estrategias de afrontamiento implicadas:

Búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, autonomía.

Perfil de quien maneja la intervención:

Psicólogo, trabajador social o asesor jurídico experto en temas de víctimas del conflicto armado (se puede escoger entre uno o varios de ellos).

PASO 1**Dinámica Rompe Hielo:** Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal.**Tiempo:** 3 -5 minutos aprox.**Objetivo de la dinámica:** Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.**Desarrollo:** Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.**PASO 2****Presentación del tema:** a) Se realizará de manera previa a la presentación del tema la revisión de tarea asignada en la sesión 8 y de forma voluntaria se le pedirá a los participantes compartir sus respuestas con el grupo. En caso de que el/los participantes (s) no hayan cumplido con ella, se ayudará a completarla.

b) La persona experta sobre temas de derechos de las víctimas de conflicto armada llevará a cabo la sesión. En esta sesión no hay diapositivas a menos que el invitado experto lleve su propia presentación.

Tiempo: 15 minutos aprox.**PASO 3****Dinámicas:** Se les dará a los participantes un espacio para realizar preguntas y conversar con el invitado/a.**Tiempo:** 1 hora y 30 minutos aprox.**PASO 4****Evaluación:** ¿Conocía sobre mis derechos como víctima de desplazamiento forzado antes de esta sesión? En caso de sí ¿Qué pienso hacer con esta información? ¿Me siento satisfecha con la información recibida? ¿Sí o no? ¿Por qué?**Tiempo:** Cinco minutos aprox.**Cierre de la sesión:**

Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Sesión No. 10**Mi tesoro****Tiempo total**

invertido: Dos horas aprox.

Objetivo de la sesión:

- 1) Fomentar la reevaluación positiva de las experiencias vividas y la valoración de lo logrado.
- 2) Fomentar el apoyo de grupo.

Estrategias de afrontamiento implicadas:

Reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social.

Perfil de quien maneja la intervención:

Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

PASO 1**Dinámica****Rompe Hielo:**

Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal.

Tiempo:

3-5 minutos aprox.

Objetivo de la dinámica:

Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Desarrollo:

Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios de estiramiento.

PASO 2**Presentación del tema:**

Exposición de la temática de la sesión y herramientas de manejo.

Referencias:

- Gantiva Díaz, C., & Luna Viveros, A., & Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4 (1), 63-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>
- Londoño, N; Henao, G; Puerta, I; Posada, S; Arango, D; y Aguirre-Acevedo, D; (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Univ. Psychol.* 5 (2): 327-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750210>
- WikiHow. (s.f.). *Cómo pensar en positivo*. Recuperado de <https://es.wikihow.com/pensar-positivo>

Tiempo:

10 a 15 minutos aprox.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

PASO 3

Dinámicas: Se realizarán dos dinámicas en esta sesión: 1) Mi portarretrato; 2) El círculo positivo.

Tiempo: 1 hora y 20 minutos aprox.

PASO 4

Evaluación: ¿Antes de esta sesión reconocía mis logros, sí o no y por qué? ¿Veo ahora mi vida de forma diferente, sí o no y por qué? ¿Siento que luego de esta sesión valoro más a mis compañeros del programa? ¿Sí o no y por qué?

Tiempo: Cinco minutos aprox.

Tarea: Esta actividad se encuentra signada en el diario y se les indicará que debe desarrollarse al finalizar la semana: deberán escribir 2 acontecimientos positivos y 1 negativo de la semana (y del negativo qué aprendieron de él). Las respuestas de esta tarea deben ser revisada en la siguiente sesión.

Cierre de la sesión: Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica # 1

Título: Mi portarretrato

Objetivo:

- 1) Reconocimiento de valores personales.
- 2) Reevaluación positiva de aspectos importantes de sus vidas.
- 3) Evocar emociones positivas.

Tipo de dinámica: Individual

Material: Cartulina (del tamaño de una fotografía, por ejemplo, ¼ de cartulina) que puede ser coloreado, con un marco impreso en computador o decorado a mano. Colores, escarcha, goma, papeles de colores.

Tiempo: 40 minutos

Desarrollo: Se les entregará a los participantes las cartulinas con las líneas de un portarretrato: Dentro del espacio de la foto deberán escribir 3 situaciones o momentos de sus vidas que les guste recordar, personas importantes (nombres completos), igualmente, describir, logros y principales metas. Luego, deben decorar el portarretrato en un tiempo de 10 minutos. Después de que todos terminen, se les pedirá voluntariamente que lean lo escrito. Luego, se conversará sobre las preguntas de la evaluación. Se les indicará que deberán colocar el portarretrato en un lugar visible escogido por ellos.

Evaluación: ¿Qué sientes cuando vez una fotografía que te gusta o de momentos importantes en tu vida? ¿Qué semejanza hay con lo que has escrito dentro del portarretratos? Debemos recordar siempre las cosas buenas en nuestras vidas, como cuando observamos una fotografía y ésta nos trae recuerdos.

Referencia: Creación de la doctoranda.

Dinámica # 2

- Título:** El círculo positivo
- Objetivo:** 1) Estimular las expresiones positivas.
2) Fomentar el apoyo de grupo.
- Tipo de dinámica:** Grupal.
- Material:** Vendas para los ojos (opcional).
- Tiempo:** 40 minutos.
- Desarrollo:** Los participantes deben ir caminando dentro del salón con los ojos cerrados y en silencio. Cuando hayan encontrado la mano de uno de los compañeros la deben agarrar y, luego entre ellos deben agarrar a otras personas hasta estar todos agarrados. Luego, forman un círculo y continúan con los ojos cerrados. Se les dice que deben pasar al centro del círculo y decir cosas positivas del grupo en general (se ayuda a la persona a llegar al círculo y a regresar a su puesto), y si quiere de algún participante en particular (manifestar admiración, elogiar, dar apoyo, agradecer, etc). Se les da un minuto para que piensen sobre lo que quieren decir. En caso de no pasar voluntariamente se toca a un participante y este debe ser quien pase al centro. El grupo debe aplaudir cuando cada participante haya finalizado sus palabras. Por último, se les indica que en círculos y con los ojos abiertos deben abrazar a su compañero de la derecha, y luego al de su izquierda y luego un abrazo grupal.
- Evaluación:** ¿Cómo te hace hecho sentir el expresarte positivamente ante tu grupo? ¿Qué se siente dar abrazos y ser abrazado?
- Referencia:** Creación de la doctoranda.

Sesión No. 11**Resumen mes 2 y sesión de preparación cierre de la intervención****Tiempo total****invertido:**

Dos horas aprox.

Objetivo de la sesión:

- 1) Reforzar lo aprendido.
- 2) Preparación para el cierre del programa por parte de los participantes.

Estrategias de afrontamiento implicadas:

Búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, expresión de la dificultad de afrontamiento, solución de problemas, apoyo espiritual (religión), reevaluación positiva, autonomía.

Perfil de quien maneja la**intervención:**

Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

PASO 1**Dinámica**

Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Rompe Hielo:**Tiempo:**

3-5 minutos aprox.

Objetivo de la dinámica:

Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.

Desarrollo:

Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.

PASO 2**Presentación del tema:**

- a) Se realizará de manera previa a la presentación del tema la revisión de tarea dejada en la sesión 10 y de forma voluntaria se le pedirá a los participantes compartir sus respuestas con el grupo. En caso de que el/los participantes (s) no hayan cumplido con ella, se ayudará a completarla.
- b) Resumen de todas las sesiones en conjunto con los participantes y la importancia de empoderar a la comunidad con lo aprendido y se indicará que se tratarán los compromisos que se pactaron en la sesión 1 de la dinámica *Mi menú y Contrato conmigo mismo*.

Referencias:

- Molina, E. (mayo de 2014). Ejercicio de empoderamiento personal. Retos femeninos recuperado de <http://www.retosfemeninos.com/profiles/blogs/ejercicio-de-empoderamiento-personal>
- Quiles, I. (septiembre de 2016). Empoderamiento: busca tu poder personal. Recuperado de <http://psicoterapiaserendipia.com/empoderamiento/>
- Rodríguez, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. Red de salud. Recuperado de <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>

Tiempo:

10 a 15 minutos aprox.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

PASO 3

- Dinámicas:** Ver dinámica de la sesión: Preparación de cierre.
Tiempo: 1 hora y 30 minutos aprox.

PASO 4

- Evaluación:** ¿He realizado aportes para preparación de la jornada de cierre? En caso de sí, ¿Siento que mis aportes a la jornada de cierre han sido tenidos en cuenta? En caso de no ¿Por qué no ha sido escuchado? ¿Qué debo mejorar para lograr transmitir mi punto de vista?
Tiempo: Cinco minutos.

- Cierre de la sesión:** Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica

- Título:** Preparación de cierre del programa.
Objetivo: Incentivar las capacidades de liderazgo, autoestima, dominio del entorno, socialización que se fomentan en la interacción con la comunidad.
Tipo de dinámica: Grupal.
Material: Cartulina, marcadores de colores, escarcha, goma, papel y bolígrafo.
Tiempo: 1 hora y 30 minutos.
Desarrollo: En esta sesión se les brindará un espacio a los participantes para que preparen el cierre de la intervención por medio de una jornada de sensibilización comunitaria en la cual deberán realizar una presentación de las experiencias obtenidas del programa, así como una dramatización y un compartir con los invitados. En grupos deberán repartirse las labores de la actividad, por ejemplo, presentación del tema, para exponer un resumen de lo comprendido y vivenciado; dramatización, cantos, bailes, etc; de manera que presenten sus reflexiones sobre el tema que se le haya correspondido. Se les dará un espacio para ensayar las sus propuestas que debe tener una duración aproximada de 10 minutos.
Evaluación: Se hablará sobre los compromisos que se pactaron en la sesión 1 de la dinámica Mi menú y contrato conmigo mismo. Se compartirá en grupo sobre los esfuerzos y el trabajo que cada uno ha puesto para que eso sucediera y si existió solidaridad en el grupo.
Referencia: Creación de la doctoranda.

Sesión No. 12**Cierre de la intervención****Tiempo total****invertido:** Dos horas aprox.**Objetivo de la sesión:**

- 1) Afianzar las reflexiones derivadas del programa de intervención por parte de los participantes.
- 2) Reforzar el dominio del entorno en los participantes.

Estrategias de afrontamiento implicadas:

Búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, expresión de la dificultad de afrontamiento, solución de problemas, apoyo espiritual (religión), reevaluación positiva, autonomía.

Perfil de quien maneja la intervención:

Psicólogo o trabajador social experto en salud mental.

PASO 1**Dinámica****Rompe Hielo:**

Estiramientos y ejercicios de calentamiento del cuerpo o cualquier otra dinámica de relajación y/o cohesión grupal. También se propone que los participantes voluntariamente propongan movimientos de ejercicios, baile, etc; y los demás lo imiten como tipo de calentamiento.

Tiempo: 3-5 minutos aprox.**Objetivo de la dinámica:**

Juego de relajación para iniciación de actividades (calentamiento), y fomentar un ambiente cálido, amigable y de relajación.

Desarrollo: Los participantes deben estar de pie y guiados por el coordinador (a) de la sesión deberán hacer los ejercicios indicados.**PASO 2****Presentación del tema:**

Corresponde a los participantes de acuerdo a lo acordado en la sesión 11.

Tiempo: El estimado para la dinámica de cierre.**PASO 3****Dinámicas:** Se realizará la dinámica: Jornada "Empoderando mi comunidad". Luego, se les indicará que respondan a la reflexión de la sesión 12 donde se encuentran las preguntas de la evaluación de la sesión.**Tiempo:** 2 horas aprox.**PASO 4**

Evaluación: ¿Considero que existen cambios positivos en mis comportamientos y/o en mi forma de ver las cosas luego de haber estado en este programa de intervención?
 ¿Quiero seguir comprometida con realizar cambios de conductas para mejorar mi bienestar? ¿Sí o no? ¿Por qué? ¿Qué necesito para mantener mi compromiso?

Tiempo: Cinco minutos aprox.

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- Tarea:** Esta actividad se encuentra signada en el diario y se les indicará que debe desarrollarse al finalizar la semana: deberán escribir 2 acontecimientos positivos y 1 negativo de la semana (y del negativo qué aprendieron de él). Esta será la actividad final a realizar por los participantes.
- Cierre de la sesión:** Se termina la sesión con una oración grupal guiada por un participante voluntario, abrazo grupal, agradecimientos y aplausos.

Dinámica

- Título:** Jornada "Empoderando mi comunidad".
- Objetivo:** Incentivar las capacidades de liderazgo, autoestima, dominio del entorno y socialización que se fomentan en la interacción con la comunidad.
- Tipo de dinámica:** Grupal
- Material:** Cartulina con la presentación de los temas por grupo.
- Tiempo:** 2 horas
- Desarrollo:** Realización de la jornada de sensibilización comunitaria por parte de los participantes en el que deberán iniciar con la presentación de las experiencias y aprendizajes dentro del programa, así como realizar una dramatización sobre un tema escogido por ellos relacionado a las problemáticas comunitarias, y soluciones a estas. Igualmente, habrá un compartir con todo los participantes e invitados. La jornada se desarrollará de la siguiente forma:
- 1) La investigadora dará la bienvenida a los invitados de la sesión y junto con los participantes iniciará los ejercicios de estiramiento.
 - 2) Introducirá a cada grupo para la exposición de sus reflexiones sobre el tema seleccionado.
 - 3) Se dará espacio para las muestras creativas de sus reflexiones.
 - 4) Se hará una conclusión de la jornada por parte de la investigadora y se les pedirá que de manera voluntaria comuniquen que aprendieron o reflexionaron sobre los acontecimientos positivos y negativos, y el por qué creen que es importante realizarlo.
- Evaluación:** Se basará en las preguntas del diario sobre la última sesión.
- Referencia:** Creación de la doctoranda.

Anexo O. Dimensiones de la salud mental y estrategias de afrontamiento implicadas en el PIPAAD.

Sesión #	Tema de la sesión	Categoría de referencia inicial	Dinámica a emplear	Dimensión de bienestar implicada	Tipo de bienestar implicado	Estrategias de afrontamiento (Estilos activos)
1	Introducción al programa (Identidad social).	No Aplica	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Mi menú. 3) Contrato conmigo mismo.	1) Propósito de vida/crecimiento personal. 2) Integración social/Aceptación social.	1) Bienestar Psicológico. 2) Bienestar social.	* Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Reevaluación positiva * Autonomía.
2	La importancia de la salud mental.	No Aplica	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Videos sobre la salud mental y los principales trastornos que actualmente afectan a la sociedad y a las personas afectadas por el conflicto armado. 3) Reflexión por parte de los participantes. 4) Dinámica: Pulsera todos incluidos.	1) Dominio del entorno. 2) Actualización social/Coherencia social.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social.	* Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Expresión de la dificultad de afrontamiento.
3	Me amo como soy y a quienes me rodean.	Dificultad en la auto aceptación	1) Dinámicas rompe hielo. 2) El águila real. 3) Mirándome al espejo.	1) Auto-aceptación/ Relaciones positivas con otros. 2) Integración social/Aceptación social/Contribución social. 3) Satisfacción con la vida 4) Gusto por todo lo vivido, repetición de lo vivido.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social. 3) Bienestar Subjetivo.	* Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Reevaluación positiva. * Autonomía. * Autonomía. * Búsqueda de apoyo social.
4	Clarificando mi propósito de vida.	Tener un propósito de vida.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Mi propósito de vida. 3) Las imágenes del sentido de la vida.	1) Propósito de vida/crecimiento personal. 2) Logro de las cosas importantes para su vida.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar subjetivo.	* Búsqueda de apoyo profesional. * Reevaluación positiva. * Expresión de la dificultad de afrontamiento. * Apoyo espiritual (religión).
5	Mi espiritualidad.	Apoyo espiritual.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) La fuente de tu espiritualidad.	1) Dominio del entorno. 2) Satisfacción con la vida.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar subjetivo.	* Apoyo espiritual (Religión). Reevaluación positiva.
6	Resumen mes 1.	Tener un propósito de vida/Dificultad en la auto-aceptación /Apoyo espiritual.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Reflexión y registro de los mismos por parte de los participantes y actividad grupal donde muestren lo aprendido de forma creativa.	1) Auto-aceptación/Relaciones positivas con otros/ Dominio del entorno. 2) Integración social/Aceptación social/ Contribución social/ Actualización social/ Coherencia social. 3) Satisfacción con la vida. 4) Gusto por todo lo vivido, repetición de lo vivido/Satisfacción con la vida.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social. 3) Bienestar Subjetivo.	* Autonomía. * Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Reevaluación positiva. * Expresión de la dificultad de afrontamiento. * Apoyo espiritual (religión).

AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Sesión #	Tema de la sesión	Categoría de referencia inicial	Dinámica a emplear	Dimensión de bienestar implicada	Tipo de bienestar implicado	Estrategias de afrontamiento (Estilos activos)
7	Manejando los conflictos.	Conductas agresivas no adaptativas.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Soluciones pacíficas. 3) Dramatización: aplicando lo aprendido. 4) Enredados. 5) Vive y deja vivir.	1) Autonomía/Dominio del entorno. 2) Contribución social/Coherencia social.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social.	*Búsqueda de apoyo social. *Solución de problemas. *Búsqueda de apoyo profesional. *Reevaluación positiva. *Expresión de la dificultad de afrontamiento. * Autonomía.
8	Dominando mi entorno parte 1.	Sentimiento de poco dominio sobre el entorno.	1) Revisando mis elementos. 2) Abanico de estimas. 3) Pulsera todos incluidos.	1) Autonomía/Dominio del entorno. 2) Contribución social/Actualización social/Coherencia social. 3) Condición de vida actual concuerda con la soñada/condiciones de vida excelentes.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social. 3) Bienestar Subjetivo.	*Reevaluación positiva. *Búsqueda de apoyo social. *Búsqueda de apoyo profesional. * Autonomía. *Expresión de la dificultad de afrontamiento.
9	Dominando mi entorno parte 2.	Sentimiento de poco dominio sobre el entorno.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Charla/sección de preguntas con Asesor jurídico o experto en temas de derechos de los desplazados	1) Dominio del entorno. 2) Actualización social/Coherencia social.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social.	* Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Autonomía.
10	Mi tesoro (reevaluación de experiencias positivas de vida).	Reevaluación positiva.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) El portarretrato. 3) El círculo positivo.	1) Integración social/Aceptación social/contribución social. 2) Satisfacción con la vida/Logro de las cosas importantes para su vida/ Gusto por todo lo vivido, repetición de lo vivido.	1) Bienestar social. 2) Bienestar subjetivo.	* Reevaluación positiva. *Búsqueda de apoyo social.
11	Resumen mes 2 y sesión de preparación cierre de la intervención.	Todas las categorías.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Preparación de la sesión 14 por parte de los participantes	Todas las dimensiones.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social. 3) Bienestar Subjetivo.	* Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Expresión de la dificultad de afrontamiento. * Solución de problemas. * Apoyo espiritual (religión). * Reevaluación positiva. * Autonomía.
12	Cierre de la intervención.	Todas las categorías.	1) Dinámicas rompe hielo. 2) Jornada "Empoderando mi comunidad".	Todas las dimensiones.	1) Bienestar psicológico. 2) Bienestar social. 3) Bienestar Subjetivo.	* Búsqueda de apoyo social. * Búsqueda de apoyo profesional. * Expresión de la dificultad de afrontamiento. * Solución de problemas. * Apoyo espiritual (religión). * Reevaluación positiva. * Autonomía.

Nota: La actividad espontánea se encuentra implicada en cada actividad.

Anexo P. Resumen del Curriculum Vitae Jueces Expertos que validaron el programa.***Juez Internacional.***

Ph. D. Amalio Blanco Abarca: Doctor en Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Becario postdoctoral del Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD) en el Instituto de Psicología Social de la Universidad de Colonia (Alemania). Becario “Fullbright”, Universidad de California-Los Ángeles (UCLA). Licenciado en Sociología, Universidad de St. Gallen (Suiza). Licenciado en Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Docente e investigador, Universidad Autónoma de Madrid, España. Profesor Honorario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú); de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega (Perú); y de la Universidad del Norte (Barranquilla-Colombia). Miembro del Consejo Editorial de diversas revistas científicas en el campo de la Psicología. Campo de estudio: psicología social centrada en el sesgo intergrupal como fuente o violencia colectiva, y las consecuencias psicosociales (trauma psicosocial). Autor de libros, artículos y capítulos de libros sobre estos temas. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9395-2315>

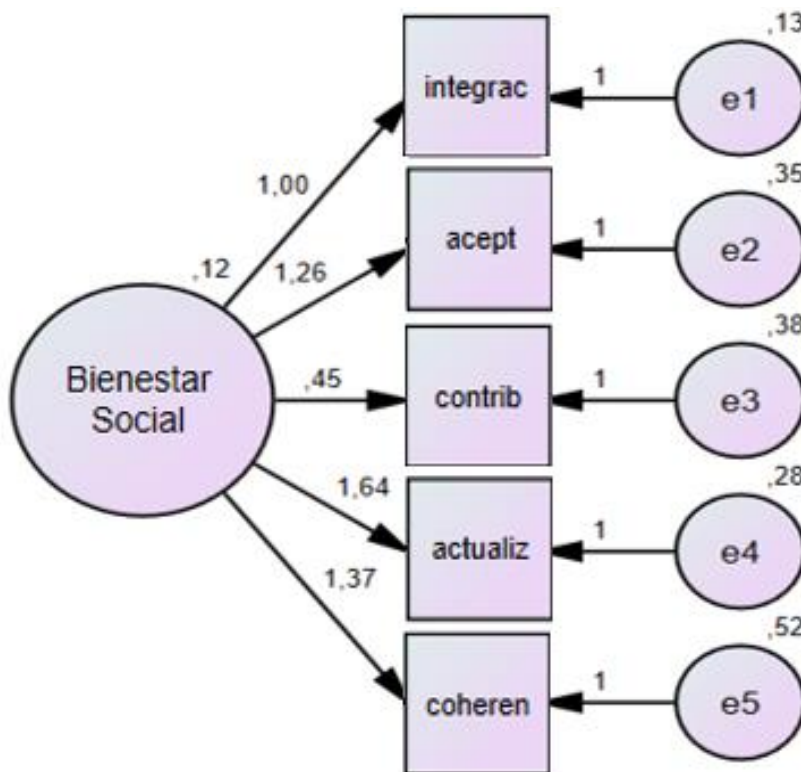
Juez Local 1.

Ph. D. Jorge Enrique Palacio Sañudo: Doctor en Psicología Ciencias del Comportamiento y de las Prácticas Sociales de la Université Paris X – Nanterre. Maestría en Desarrollo Social de la Universidad Paris X – Nanterre. Psicólogo, Universidad del Norte. Profesor titular del Departamento de Psicología e Investigador Senior (IS) reconocido por COLCIENCIAS en la línea de desarrollo social del grupo de Investigaciones en Desarrollo Humano (GIDHUM) de la Universidad del Norte. Cuenta con una amplia experiencia en el tema del desplazamiento forzado, violencia sociopolítica y poblaciones vulnerables; y es autor de numerosos artículos,

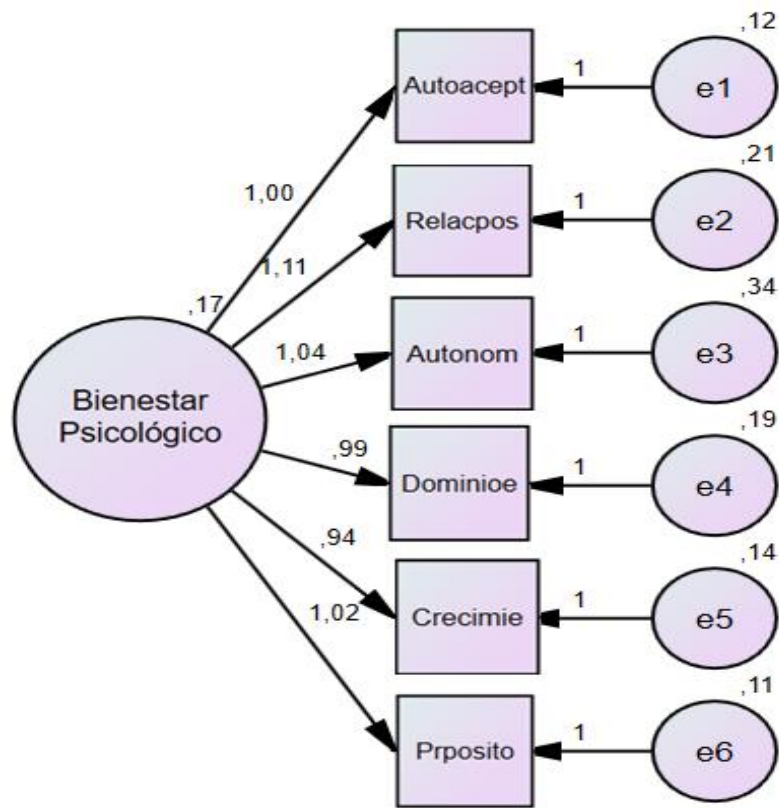
libros y capítulos de libros sobre este tema. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6971-7067>

Juez Local 2.

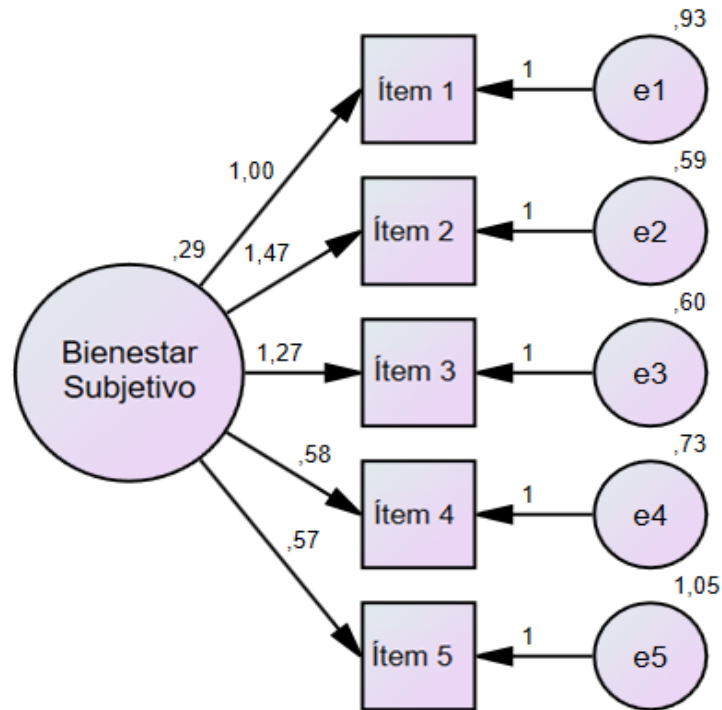
Ph. D. Jean David Polo Vargas: Doctor en Comportamiento Social y Organizacional de la Universidad Autónoma de Madrid (España). Master en Psicología Universidad del Norte, DEA de la Universidad Autónoma de Madrid (España) en Organización, Trabajo y Recursos Humanos. Psicólogo, Universidad del Norte. Docente e investigador de la Universidad del Norte. Miembro- Representante de Profesores del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud, de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte. Experiencia en diseño, implementación y evaluación de programas de intervención organizacional y social con empresas nacionales e internacionales. Cuenta con una amplia experiencia en el tema del desplazamiento forzado, violencia sociopolítica y poblaciones vulnerables; y es autor de numerosos artículos, libros y capítulos de libros sobre este tema. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7267-0140>

Anexo Q. Gráficas Modelos estructurales del AFC de las variables de estudio.*Anexo Q 1. Gráfica Modelo estructural del AFC Bienestar Social.*

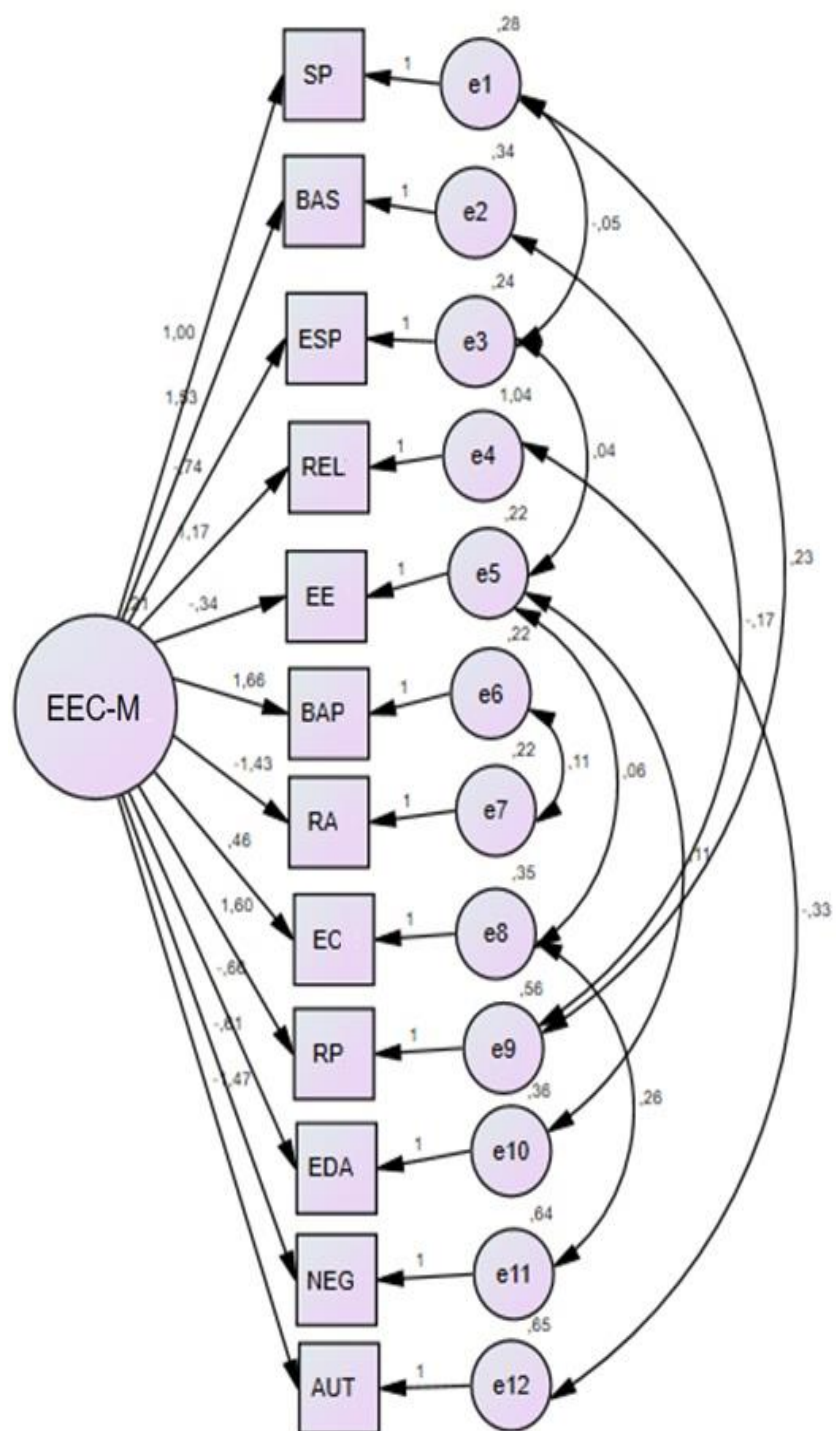
Anexo Q 2. Gráfica Modelo estructural del AFC Bienestar Psicológico.

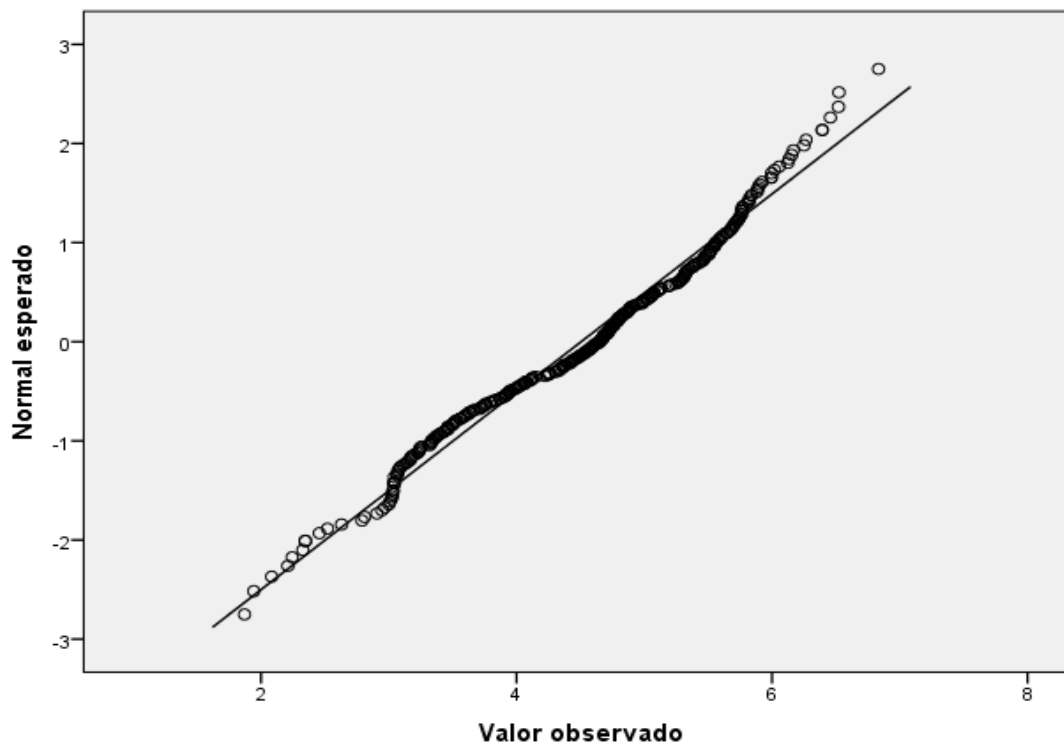


Anexo Q 3. Gráfica Modelo estructural del AFC Bienestar Subjetivo.

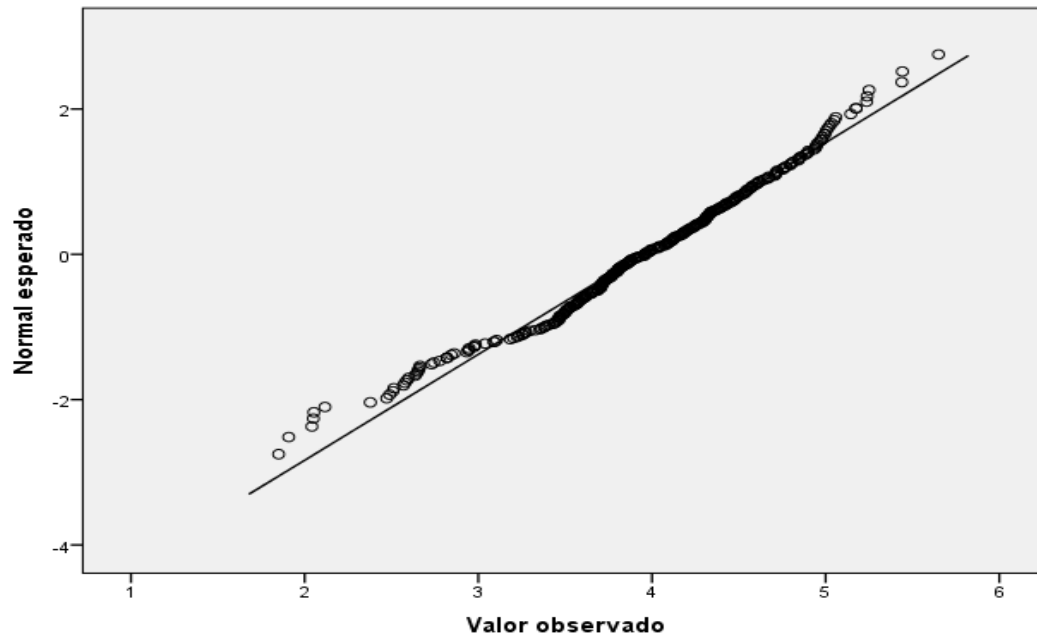


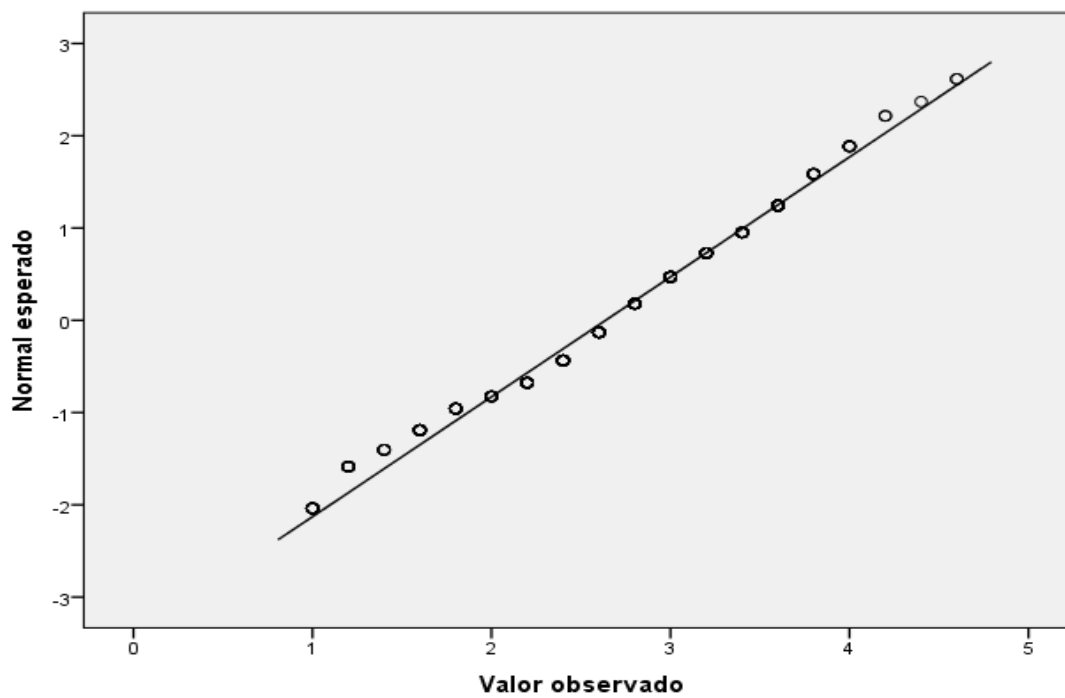
Anexo Q 4. Gráfica Modelo estructural del AFC en el EEC-M.



Anexo R. Gráficas Pruebas de Normalidad de las variables dependientes.***Anexo R 1. Gráfico Q-Q de distribución normal del Bienestar Social.***

Anexo R 2. Gráfico Q-Q de distribución normal del Bienestar Psicológico.



Anexo R 3. Gráfico Q-Q de distribución normal del bienestar subjetivo.

Anexo S. Análisis grupo focal sobre evaluación del PIPAAD.***Anexo S 1. Descripción sobre el procedimiento.***

Con el propósito de conocer la percepción del programa por parte de los participantes, verificar el cumplimiento de sus objetivos y obtener una retroalimentación para futuras aplicaciones y/o investigaciones, se realizó un grupo focal un mes después de la implementación del programa, con 12 participantes del grupo de tratamiento quienes asistieron de manera voluntaria al encuentro.

El grupo focal fue llevado a cabo por un psicólogo externo con experiencia en el campo del desplazamiento forzado, esperando que su presencia lograra obtener respuestas más sinceras y sin sesgos por parte de los participantes, pues éste no había tenido ningún tipo de contacto previo con ellos. El registro de la información del grupo focal se hizo mediante notas de campo, grabación de audio y video autorizado por los participantes.

Luego, el psicólogo externo realizó un informe sobre el grupo focal, el cual envió a la doctoranda y sus directores de tesis, junto con las grabaciones de audio y video para su posterior análisis. El procesamiento de la información se realizó mediante el Software ATLAS ti versión 8.0, empleando como técnica el análisis de contenido cualitativo, que se valió de la triangulación de los datos (informe, y grabaciones de audio y video). Del análisis surgieron once categorías que por sus características fueron englobadas dentro de las siguientes tres grandes categorías que permitieron evaluar el programa: a) Aspectos positivos; b) Aspectos a tener en cuenta; y c) Aspectos externos negativos (ver Anexo S3).

Anexo S 2. Categorías conformadas dentro del análisis.*Aspectos positivos.*

Aquí se encuentran las subcategorías que exponen características positivas sobre la valoración del PIPAAD. En esta se revela un mejoramiento individual y comunitario. Estos aspectos apoyan los resultados cuantitativos, reafirmando la efectividad del programa. Las subcategorías son:

Buena recepción/acogida del programa: Los participante indicaron que las actividades realizadas fueron de su agrado y de gran ayuda, pues, no sólo les permitió esclarecer su proyecto de vida, sino también, sentirse queridos y escuchados, como se observa en el caso de uno de los participantes al indicar que: “Luego de asistir a las charlas le voy a decir que me he sentido más liviana y más tranquila porque aquí pude desahogarme de muchos problema que tenía en mi casa”. Igualmente, refieren valorar la oportunidad de haber participado en el PIPAAD, pues ahora sobrellevan sus problemáticas familiares, y comunitarias de mejor forma, logrando pensar de una manera diferente, ya que antes tenían una visión catastrófica de las situaciones, siendo ahora más positivos.

También, manifestaron que sus comportamientos, actualmente, son más adecuados (menos agresivos). En otras palabras, se dieron cambios de comportamiento a la hora de afrontar sus problemáticas que han mejorado aspectos de su vida diaria. En palabra de uno los participantes “yo tenía muchos problemas familiares y me ha ayudado a resolverlos cómo tratar a mis hijos; también a resolver algunos conflictos que he tenido con mis vecinos”.

Reevaluación positiva sobre sí mismo/aceptación personal: Los participantes refieren que el programa les ayudó a reflexionar sobre los aspectos positivos de su vida, aprender a sacar lo bueno de las situaciones negativas, así como valorar su capacidad para superar obstáculos,

permitiéndoles auto examinarse y reconocer sus habilidades. Igualmente, refieren tener más confianza sobre sí mismos, y valorar mucho más a quienes los rodean, pues, además, esto puede traer beneficios no solo personales, sino además comunitarios.

Establecimiento de vínculos/confianza: Se encontró que el PIPAAD les ayudó a confiar más en los demás, así como reparar relaciones que se encontraban deterioradas con la familia, pareja, vecinos, etc. Ejemplo de esto se encuentra en la mejoría de la comunicación en la comunidad como se observa en el siguiente caso que manifestó uno de los participantes: “un día nos ganamos un premio para nuestra torre y nos daban una parte en materiales, pero nosotros teníamos que colocar la mano de obra y todo este proceso permitió que nos pusiéramos de acuerdo y consiguiéramos las personas que sabían hacer el trabajo y logramos mejorar el aspecto de nuestra torre”. También, varios participantes manifestaron que el programa ayudó a hacer lazos de amistad: “me enamore de este programa, porque ha ayudado a enamorar a la gente y hacer más amistades”; otro participante indicó: “me parece muy bueno este programa (...) nos permitió tener muchos más amigos y lograr comprender a las demás personas”.

Empatía e identificación con los pares: Los participantes también manifestaron sentirse identificados con sus pares, con quienes afianzaron lazos de amistad debido a que el programa les ayudó a conocer sus situaciones y sentimientos que les permitieron la identificación, como se observa en el siguiente comentario: “este programa me enseñó a que uno debe comprender que las todas las personas tienen sus problemas que los han marcado; pero también me enseñó que uno debe darle sonrisas y brindarle cariño y escucha para que tengamos una mejor comunidad en Villas de San Pablo y saber que cuando estamos unidos como comunidad se puede trabajar todos para un mejor bienestar”.

Aspectos a tener en cuenta.

En esta categoría se encuentran las opiniones que hicieron referencia a las mejoras que deberían realizarse en una aplicación futura del programa. No obstante, se consideran que estos comentarios no se refieren a aspectos negativos, sino más bien a ajustes que se relacionan al tiempo y cobertura que se reflejan las siguientes subcategorías:

Mayor duración del programa: Los participantes expresaron que el programa debió tener una mayor duración, pues no sólo se generó afecto hacia mismo, sino, además, porque creen que un mayor tiempo podría traer muchos más beneficios tanto en su vida personal como comunitaria.

Necesidad de mayor atención psicosocial: Los participantes no sólo quieren seguir con las actividades del programa para sentirse escuchados, queridos, y aprender más sobre el afrontamiento, sino también porque lo consideran beneficioso para su vida comunitaria, pues refieren que no han contado con suficiente ayuda psicosocial luego del desplazamiento. Además, señalaron que toda la comunidad de Villas de San Pablo necesita de atención psicológica, ya que muchas personas presentan conductas inadecuadas en el manejo de los conflictos; también manifestaron que la desconfianza, baja autoestima y tristeza son características que se encuentran comúnmente en sus vecinos, y sobre todo en quienes no hicieron parte del programa, por lo que piensan que el PIPAAD debería tener en cuenta a todas las víctimas.

Aspectos externos negativos.

Mayor valoración/concientización por parte de las víctimas: Los participantes manifestaron que las víctimas en su mayoría no valoran la importancia asistir a este tipo de

actividades, pues les dan prioridad a otras tareas, como pasó en el caso de quienes no siguieron asistiendo a las actividades. Por ello, indican que es importante que se realicen tanto charlas como intervenciones que recalquen la importancia del cuidado de la salud mental, así como el de recurrir a este tipo de atención.

Malas costumbres/aprovechamiento condición de desplazado: Esta se relaciona con la categoría anterior, pues indica una de las razones por las cuales las víctimas no valoran este tipo de actividades. Los participantes indicaron que muchos de sus vecinos están acostumbrados a que diversas entidades lleguen a la puerta de su casa a entregarles algún tipo de beneficio como alimentos, ropa, etc; pues creen que al ser víctimas es obligación de la sociedad proveerles de los asuntos materiales. Por ello, cuando sus expectativas no se cumplen, acaban por deserta de este tipo de actividades sin valorar los beneficios que realmente obtendrán.

En síntesis, las anteriores categorías demuestran que los objetivos del PIPAAD se cumplieron, evidenciando el logro en la cohesión grupal e identificación con los pares y el reconocimiento sobre la importancia de emplear adecuadamente los recursos psicosociales por parte de los intervenidos, indicando cambios positivos en sus formas de afrontar las problemáticas de su vida diaria condicionadas por su situación de desplazamiento, que apoyan los resultados cuantitativos. En cuanto los aspectos a mejorar, se considera que pueden ser tenidos en cuenta para futuras aplicaciones o investigaciones sobre el tema, aunque no apuntan a reformas de contenido del PIPAAD. En cuanto a los aspectos negativos externos, precisamente son conductas que se generan en las víctimas y que no pueden ser controladas por el programa, pero que explicarían el por qué existe el porcentaje de deserción a las sesiones, así como las costumbres o actitudes de las víctimas que se deben tener en cuenta.

Anexo S 3. Gráfico de categorías conformadas sobre evaluación del PIPAAD en el grupo focal.

