

**CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO**



1803

NATHALIE MARTINEZ QUICENO

VERÓNICA MIRA VÉLEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2019

**CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO**

NATHALIE MARTINEZ QUICENO

VERÓNICA MIRA VÉLEZ

Trabajo de grado para optar al título de psicólogas

ASESORA

JULIETA ANDREA BEDOYA MORENO

Magister en Psicología Clínica

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2019

Agradecimientos

¡Gracias! A quienes nos regalaron tiempo y palabras porque hicieron posible esta investigación de forma cálida. A los amigos que acompañan y animan. A los profesores que nos motivaron a seguir y no abandonar las ideas, especialmente a Julieta Bedoya guía paciente e incondicional de este proceso. A nuestras familias, porque nuestros logros son compartidos. Y, sobre todo, gracias de la una a la otra, por coincidir en saberes, por permanecer en la impaciencia, por la dedicación y por creer la una en la otra.

CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS	17
4. REFERENTE TEÓRICO	24
4.1 Salud Mental Positiva	24
4.2 Conflicto Armado	28
4.3 Víctimas	31
5. OBJETIVOS	34
5.1 Objetivo General	34
5.2 Objetivos Específicos	34
6. DISEÑO METODOLÓGICO	35
6.1 Enfoque	35
6.2 Método	35
6.3 Población y muestra	37
6.4 Técnicas de recolección de información	37
6.5 Procedimiento de recolección de la información	38
6.6. Procedimiento de análisis de la información	39
6.7 Consideraciones Éticas	39
7. RESULTADOS	42
8. DISCUSIÓN	51
9. CONCLUSIONES	58
10. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS	62
ANEXOS	69
Anexo 1	69
Anexo 2	70
Anexo 3	78

Anexo 4	79
Anexo 5	80
Anexo 6	85

RESUMEN

Esta investigación indaga por las características de la Salud Mental Positiva presentes en víctimas del conflicto armado colombiano. Por esto, se diseñó un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo que tiene como método el interaccionismo simbólico a partir del estudio de caso múltiple; se aplicó el cuestionario de Salud Mental Positiva y una entrevista semiestructurada a una muestra conformada por cinco víctimas del conflicto armado ubicado específicamente en zonas del oriente antioqueño. Los resultados en relación con el cuestionario de Salud Mental Positiva muestran puntuaciones altas de todos los participantes en los seis factores propuestos por Lluich. Sin embargo, en relación con las entrevistas, aparecen elementos que no muestran resultados similares.

Palabras clave

Salud mental positiva (SMP), víctimas del conflicto armado, oriente antioqueño.

ABSTRACT

This study aims to investigate Positive Mental Health characteristics in victims of Colombia's armed conflict. Therefore, a descriptive study was designed with a qualitative approach. Its method is symbolic interactionism based on a multiple case study. The Positive Mental Health questionnaire, alongside a semi-structured interview was applied to the sample of five victims of Colombia's armed conflict located specifically in areas of eastern Antioquia. The results of the Positive Mental Health questionnaire show high scores in all participants in regards to the six factors suggested by Lluç. However, in relation to the interviews, there are elements that appear here, that don't show similar results.

Key Words

Positive mental health (PMH), victims of the armed conflict, eastern Antioquia.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación busca describir las características de la Salud Mental Positiva (SMP) en personas que han sido víctimas del conflicto armado colombiano, atendiendo a elementos de la salud mental que no responden al modelo tradicional patologizante sino, abordando al sujeto de una forma integral incluyendo elementos como su contexto, historia y subjetividad en el análisis de sus estrategias de afrontamiento. Es importante indagar sobre estas premisas debido a que el conflicto no es un factor que haya quedado en el pasado; hace presencia en la actualidad y habla de las condiciones de muchos colombianos.

La perspectiva de SMP, se configura como una herramienta integral para tener en cuenta para el estudio e intervención de profesionales del área de la salud incluyendo la psicología; propone un cambio que permite reconocer factores psicosociales de protección que favorezcan los procesos de desarrollo de bienestar.

El análisis toma como factor importante, la perspectiva del pasado como elemento configurador de la realidad subjetiva actual de los participantes, ya que estas vivencias influyen en los recursos que se estructuran para el afrontamiento de la cotidianidad.

El recorrido teórico de la SMP inicia en los planteamientos de Jahoda (1958) pero, se contrasta con la validación empírica de María Teresa Lluch (1999) con la creación del Cuestionario de Salud Mental Positiva; constituido por seis factores que dan cuenta de la SM+, como lo son: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, por último, habilidades de relación interpersonal. Este cuestionario se utiliza como herramienta complementaria a la entrevista semiestructurada, que también arroja

una serie de categorías que dan cuenta de la SM. Ambas herramientas permiten el contraste de los elementos encontrados.

Explicar las experiencias que configuran los elementos de Salud Mental en la vía de elementos sociales, permite analizar cambios en las perspectivas de afrontamiento en las que no interviene un diagnóstico patológico/biologicista de fondo. El objetivo de esta investigación se constituye en aras de una mirada diferente a los estudios ya realizados dado que, aunque la SMP está en su apogeo, las investigaciones con víctimas aun dan cuenta de perspectivas caracterizadas en manuales y guías diagnósticas. Estos, parecieran responder a garantías de reparación que tratan lo superficial y no establecen mecanismos de rehabilitación y afrontamiento para su cotidianidad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Suárez (2013), “se ha denominado conflicto armado al enfrentamiento constante entre el Estado y grupos ilegales organizados que alzan violentamente las armas contra ellos y no reconocen su autoridad” (p.6). Pero para que las acciones constituyan un verdadero conflicto armado deben cumplir condiciones que se encuentran en la Ley 171 del 16 de diciembre de 1994, entre estas se encuentra que el conflicto debe realizarse en el territorio del estado y que haya un dominio territorial, entre otras y además es necesario entender que la definición anterior debe ligarse a la consolidación de este a través del tiempo y con marcados elementos situados específicamente en el contexto colombiano. Según Suárez (2013) el gobierno manifiesta que:

En Colombia hay un conflicto armado de carácter no internacional donde hay una violación grave y manifiesta a los Derechos Humanos y/o al Derecho Internacional Humanitario, y las personas que resulten y hayan resultado afectadas por cualquier infracción cometida por los grupos armados insurgentes o las fuerzas militares en medio del conflicto armado interno, serán protegidas y tratadas como víctimas del mismo. (p.7)

Se afirma también la existencia de un conflicto armado interno y del concepto de víctima que es definido por la ley 1448 de 2011 en el artículo 3 como:

Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, *ocurridas con ocasión del conflicto armado interno*. (p. 2)

Lo anterior, incluye a toda persona que ha sufrido un daño como resultado del conflicto armado, ya sea por intervención para asistir a la víctima en peligro, para prevenir la victimización o como víctima directa. Cifras del reporte de junio de 2019 de la Red Nacional de Información (RNI), arroja números significativos de la población colombianas que se encuentran en el

Registro Único de Víctimas (Unidad para las víctimas). A nivel nacional, se cuenta con 8.839.146 víctimas registradas hasta la fecha, cifra que ha se ha incrementado en 278,977 personas desde mayo del año pasado. A nivel regional (Antioquia), la cantidad de víctimas ha alcanzado un número de 1.354.460 personas. Según la RNI, en Antioquia, tan solo 69.108 víctimas son considerados sujetos de atención y/o reparación (2019). Es decir, que solo 69.108 víctimas pueden acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en la Ley 1414 del 2011; las otras 1,285,352 víctimas no tienen acceso a las medidas mencionadas anteriormente, ya sea porque han fallecido en el hecho victimizante, han sido reportadas como fallecidos por otras causas, no tienen documentos de identidad o su número de identificación no es válida, o simplemente no han efectuado la solicitud de ayuda humanitaria.

Los múltiples escenarios violentos presentados en Colombia influyen entonces en la necesidad de reconocer la violencia de forma sociopolítica y por ende dar luz sobre la obligación que tienen los gobernantes en el conflicto (Cardeñosa, Luque, y Velasco, 2017). Al hablar de violencia sociopolítica, se refiere a la lucha político-social por sustituir o destruir un modelo de sociedad o Estado. Tal violencia es ejercida en este contexto por grupos insurgentes con el fin de combatir contra el Estado y sus actos se clasifican como acciones bélicas o asociadas a la guerra (Banco de datos de Violencia Política, 2002).

Fue mediante la Ley 1448 de 2011 que se vio el interés del gobierno por poner en marcha una estrategia donde a las víctimas del conflicto armado se le compense los daños ocasionados de una manera integral que no abarca solo lo material sino también medidas como tratamiento psicológico para garantizar su buena convivencia. Las personas afectadas previamente por situaciones del conflicto armado tienen derecho de acuerdo a la Ley 1448 de 2011, a participar activamente en procesos que trabajen la asistencia y reparación integral por los posibles daños ocasionados. Suárez (2013) al respecto plantea que:

Cuando se habla de reparación integral desde una dimensión individual está haciendo referencia a todos los daños que tuvo que soportar la víctima y comprende cinco medidas de reparación las cuales son: El derecho a la restitución de tierras, a una indemnización administrativa, a una rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición. Y la reparación integral desde una dimensión colectiva abarca todas las medidas necesarias que logren restaurar, indemnizar o readaptar los derechos colectivos de una comunidad que fueron víctimas del conflicto armado interno de una manera directa. (p.9)

Esta reparación incluye otras dimensiones tanto individuales como colectivas que comprenden más específicamente atención en áreas médicas, psicológicas, jurídicas y sociales. Para que la reparación sea efectiva, es necesario que se lleve a cabo desde una perspectiva psicosocial que aunque incluya elementos del psiquismo del individuo, se centre en el individuo, leyéndolo dentro de su contexto y su subjetividad, garantizando así, una mirada universal que abarque todos los elementos que permean el sujeto víctima. (Villa, 2016)

La situación de víctimas en Colombia ha generado un amplio espectro de consecuencias tanto a nivel social, como económico y de salud. La salud mental en el contexto colombiano influye no solo a nivel individual sino también en lo colectivo; tiene influencia en el desarrollo y bienestar de los individuos y de sus familias y tiene efectos significativos en el desarrollo económico y social del país, tanto como en la seguridad y las formas de relaciones interpersonales de sus habitantes. Las condiciones de salud mental de los colombianos conforman, en palabras más simples, la perspectiva de sus habitantes; es decir, a partir de la salud mental se construye la manera en que los colombianos ven y entienden al mundo y a los otros, teniendo un papel fundamental en las formas de relacionarse e interactuar con los otros (Ministerio de la Protección Social, 2007).

A través de los años, la perspectiva general de la salud mental se ha tomado desde una noción de “ausencia de enfermedad”, aunque ha ido evolucionando con el tiempo. Según Jaramillo y Restrepo (2012), “La salud reducida a lo mental desde un proceso biológico se entiende por la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad” (p.3). Desde este enfoque, la manera como las personas se comportan constituye un factor determinante para la salud y para la enfermedad.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá y avalado por el Ministerio de Salud de Colombia toma elementos esenciales para una mirada más amplia de este término.

Define la salud mental como:

La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo, el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2358 de 1998)

Y según Restrepo y Jaramillo, la salud mental se presenta como,

un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen. (2012, p.203)

Ahora, para contextualizar un poco más el término de salud mental, resulta necesario mirarlo desde el escenario colombiano o por lo menos desde el punto de vista político colombiano. Ley Nacional de Salud Mental de Colombia (Ley 1616 de 2013) plantea una

definición bastante similar a la Canadiense de la Salud Mental en el artículo 3 donde define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (2013, p.1)

Siguiendo esta contextualización, Campo-Arias y Herazo (2014) afirman que,

El prolongado fenómeno de violencia sociopolítica colombiana generó un alto número de víctimas, muchas de las cuales sufrieron un continuo proceso de desplazamiento interno, y de estigma-discriminación, que se hizo marcadamente evidente durante las dos décadas más recientes; esta situación de desplazamiento afectó y afecta en forma importante el bienestar general y la calidad de vida de estas personas. (p. 2)

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad” (2018). Esta definición es conocida como la perspectiva positiva de la salud mental pero no se define como la única conceptualización de esta, ya que es muy difícil llegar a un consenso entre las múltiples definiciones dadas por diversos autores (Cardona, Muñoz y Restrepo, 2016). La definición de la OMS se logra tras la inclusión de calidad de vida como condición para un estado psicológico adecuado.

En la misma línea de la definición de salud mental desde una mirada positiva, surge un término que encierra de manera global las implicaciones reales del distanciamiento de características orgánicas para la evaluación o definición de la salud mental como tal. La Salud Mental Positiva propone varias formas de bienestar, tales como el social, subjetivo y psicológico (Blanco y Díaz, 2005). Pero los anteriores se quedan cortos al extrapolarse a la situación

colombiana teniendo en cuenta las problemáticas que surgen alrededor del conflicto y la violencia. Por lo anterior, en vez de usar el término bienestar, se tomará el de *vida buena* o buen vivir-buena vida. La vida buena (VB) se extrae fundamentalmente de Restrepo (2015) donde afirma que tal vida se logra solamente mediante la valoración de dicha vida lograda y propuesta. Tal vida, se construye a partir de la capacidad racional y la moralidad de los sujetos. Por lo tanto, a la hora de realizar procesos de paz se debe tener en cuenta que,

Los valores en torno a lo que se considera una VB están enmarcados en un plano social y cultural y por tanto dependen y son funcionales a determinadas concepciones del mundo, del hombre, de la vida, del bien, de la salud, del sufrimiento y de la muerte. No existe un marco valorativo universal, absoluto, inmanente, para definir una VB, sino que existen múltiples valores que dan lugar a diferentes estilos de vida y por tanto no es posible evaluar un estilo de vida en comparación con otro, al margen de dichos valores. (2015, p. 238)

En el contexto de las víctimas, Angarita, Cardona, Parada y Sepúlveda (2012) sostienen que, hay una carga simbólica generada por la relación existente entre salud mental y violencia; la carga simbólica se manifiesta tanto en los directamente afectados (víctimas) como en aquellas generaciones posteriores al suceso del conflicto violento. En este sentido, en la relación entre salud mental y violencia, la violencia es vista como una energía destructiva que afecta negativamente los ámbitos políticos, ideológicos, interpersonales y comunitarias. La violencia vendría siendo entonces, un determinante importante en las afectaciones de la salud mental, dado que permea múltiples áreas de una comunidad y sus integrantes. Por lo anterior, se vio la necesidad de vincular la salud mental con aspectos políticos y sociales, que se alejaran de los modelos biomédicos y comportamentales que no permitían integrar la subjetividad del individuo en sentido social ni singular (Cardona, et. al., 2016). A partir de esto, se identifica la Salud Mental Positiva (SMP) como,

un enfoque que defiende la promoción de la salud mental por encima de la mirada psicopatológica, y entendiéndose la salud mental como un estado de funcionamiento óptimo de la persona, que permite promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo. (Muñoz, 2015, p. 10)

En el 2016, se realizó un análisis global para establecer el estado actual del conocimiento sobre SMP enfatizando en los modelos teóricos que soportan la investigación sobre el tema, describen la trayectoria histórica de este campo, los primeros estudios que aparecen se centran en los aportes teóricos que ofrece el modelo de SMP de Jahoda, más tarde aparece el interés de Lluich por la evaluación y la operacionalización del único modelo con el que se contaba hasta finales de la década de los 90 y se crea la primera escala de SMP, constituyéndose en la herramienta utilizada por investigadores para desarrollar sus estudios (Cardona, et. al., 2016).

La primera década de siglo XXI se caracterizó por el posicionamiento, para muchos investigadores, del bienestar como principal indicador de la SMP, pese a los dominios de los modelos de bienestar, algunos autores se han inclinado por la construcción de un concepto propio, que respondiera específicamente al campo de la promoción de la salud y, tras el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, decidieron apostar por la construcción de sus propios conceptos e instrumentos en vez de adherirse a los ya propuestos.

Luego de los estudios realizados, Cardona, et. al. (2016) llegaron a conceptualizar la salud mental positiva como:

un estado que se define en cuanto el sujeto no presenta dificultades emocionales, comportamentales, enfermedad o trastorno mental. Es la ausencia de la enfermedad o la presencia de ciertos atributos de personalidad que protegen al individuo de enfermar o coadyuvan en la recuperación o rehabilitación de dificultades o trastornos. (2016, p. 169)

Retomando la necesidad de vincular los términos al contexto colombiano a tratar, Restrepo (2015) señala que es de relevancia destacar que las acciones en pro de la salud mental en

Colombia se deben sustentar en un “Enfoque Promocional de Calidad de Vida” y entorno a una visión de Salud Mental Positiva, como se estipula en la Ley 1616 del 2013. Por lo tanto, se afirma que:

La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida. Promoción significa elevar o mejorar las condiciones de vida, iniciar o adelantar una cosa procurando su logro, es la acción o efecto de moverse hacia la superación de los problemas. (2015, p.17)

En Colombia, se han propuesto programas para la atención a los problemas de salud mental de las Víctimas del Conflicto Armado Interno en Situación de Desplazamiento (VCAISD) en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). La atención psicosocial anteriormente mencionada se enfoca principalmente temas aledaños a la reducción del estigma-discriminación, siendo el tema de mayor complejidad entre ellos (Campo-Arias y Herazo, 2014). Cuando se habla de estigma o discriminación, se hace referencia a las otras consecuencias que nacen desde lo social, como lo es la exclusión, revictimización y la poca sensibilidad de terceras personas a la experiencia de las víctimas. La Ley 387 de 1997 da cuenta de todo esto teniendo en cuenta que, se incorpora la importancia de la atención psicosocial para la población desplazada, entre otros aspectos, reconociendo afectaciones sobre la estabilidad de personas y comunidades.

Para las intervenciones anteriormente mencionadas, Bang en el 2014 resalta una idea que resulta esencial para el abordaje exitoso de las víctimas; explica que para llevar a cabo actividades en pro de la salud mental se debe crear condiciones tanto individuales como colectivas que permitan una adecuada evolución psicológica, refiriéndose a lo mental y subjetivo, y psicofisiológica, o sea, la evolución de la relación entre los procesos fisiológicos (conexiones

nerviosas, músculos, sistema endocrino, etc.) y las actividades mentales o comportamentales. En términos generales, estos programas son procesos habilitadores que deben apuntar al logro de una salud mental positiva, al aumento o mejoría de la calidad de vida y a la reducción en la brecha de expectativas de salud entre los países y grupos.

Según Merhy (2006), para aceptar las demandas de las VCAISD se debe trabajar desde las contradicciones y padecimientos, de lo singular hasta lo vinculado a la trama social de la época, teniendo en cuenta lo colectivo, lo diverso y lo histórico presente en los correlatos donde emergen las problemáticas vividas de forma comunitaria; más allá de las experiencias individuales. Por esta razón, resulta necesario abordar las prácticas tanto de salud pública como de salud mental desde una perspectiva relacional, puesto que ofrece la posibilidad de analizar varios determinantes y asociaciones en el campo específico a tratar, implicando necesariamente un enfoque integral-comunitario, con el fin de proteger también los derechos fundamentales de las víctimas (2006). Al referirse a una mirada integral, se habla de brindar atención “centrada en el daño a la salud física y mental, atiende también la enfermedad general” y en cuanto al ámbito comunitario, se refiere a “la atención centrada en el daño psicosocial” (Campo-Arias y Herazo, 2014, p. 215).

Las características de la SMP en personas víctimas del conflicto armados se deben a realidades del pasado y del presente que se relacionan con circunstancias del entorno y es en este sentido que es necesario conocer las estrategias que les permiten desarrollar procesos de bienestar. Teniendo en cuenta el trabajo que se ha realizado con las víctimas del conflicto armado y la priorización de la atención psicosocial de las mismas en nuestro país, además de la necesidad de indagar el estado actual de su salud mental, la presente investigación se centra en la descripción de la salud mental positiva en las personas víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta que la perspectiva SMP ayuda a tomar los relatos y las conductas de las víctimas como sucesos

independientes a lo orgánico. Por tanto, la investigación se centra en la siguiente pregunta: ¿cuál es el estado de salud mental positiva en personas que han sido víctimas del conflicto armado?

2. JUSTIFICACIÓN

La salud mental positiva es un tema que tiene muy poco recorrido en Colombia, ya se ha descrito su trayectoria histórica como concepto, pero no se han elaborado articulaciones a procesos que hacen parte de la situación actual del país, procesos que se vincularía por ejemplo con el conflicto armado y sus repercusiones en la población.

Se retoma el concepto de salud mental desde definiciones como la de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá avalado por el Ministerio de Salud de Colombia y la ley 1616 de 2013 de Salud Mental en Colombia, donde se le da lugar a los aspectos sociales, culturales, mentales y físicos que integran un estado de funcionamiento óptimo de las personas.

Se deja entonces de lado la mirada psicopatológica que mide la salud en ausencia de enfermedad, constituyendo así la línea de salud mental positiva que presenta hoy en día para la psicología un punto clave a desarrollar desde la concepción no biologicista de la enfermedad. Es una mirada que incluye los elementos sociales y el contexto en el que están inmersos los sujetos para entender qué es lo que contribuye a su salud mental, desde procesos de satisfacción y bienestar, siendo este último elemento el principal indicador de la SMP.

La situación de conflicto interno de Colombia ha dejado a miles de personas afectadas en su rastro. Se creería que las mayores afectaciones se dan solamente durante el suceso violento, pero la realidad para las víctimas empieza a ser muchísimo más difícil con las consecuencias que llegan después del acto. Las problemáticas surgidas luego del conflicto son, entre otras, problemas económicos, sociales, físicos y mentales. Todos esos cambios severos son un arma que puede destruir fácilmente a la víctima, llevando a muchos a recurrir al sistema de salud para mitigar las consecuencias no palpables: las psicológicas.

Desde la Salud Mental Positiva se procura potenciar los recursos que tiene la persona para afrontar su realidad, promoviendo el trabajo en grupo y el reconocimiento del suceso ocurrido para su posterior afrontamiento. En pro de la salud mental, se sustrae al sujeto del espectro biologicista, para tomarlo desde su ser, su subjetividad y aquellos factores sociales que han impuesto consecuencias en su vida.

En Colombia se han propuesto programas para la atención de salud mental en personas víctimas del conflicto, se resalta la importancia de la atención psicosocial desde las estrategias de promoción de calidad de vida, justicia y bien común, eliminando los programas asistencialistas y contribuyendo a la capacidad política del sujeto.

Desde la SMP no se habla solo sobre la prevalencia de trastornos que genera el conflicto armado o de los indicadores epidemiológicos relacionados con los trastornos mentales, se habla de las formas como las personas afectadas por la situación de conflicto en Colombia viven su vida, afrontan su pasado y generan prácticas y estrategias de restauración. Las vivencias cotidianas se configuran como unas prácticas que elaboran estrategias de restauración y bienestar, además, son útiles e importantes en la investigación social porque permiten la contrastación y el registro de los relatos que configuran la historia individual y colectiva, permite el acercamiento a las representaciones del pasado y la contrastación con las configuraciones del presente en el contexto vital de los participantes.

3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS

A continuación, se describirán los antecedentes investigativos relacionados con la Salud Mental Positiva en el contexto más próximo para luego exponer las investigaciones relacionadas con las víctimas del conflicto armado y las repercusiones que tienen en el ámbito de la salud mental como tal.

En Colombia, los estudios sobre la Salud Mental Positiva (SMP) son muy pocos. En realidad, la mayoría de investigaciones realizadas a partir de este enfoque se efectuaron en países extranjeros como Estados Unidos y Europa, haciendo que la recopilación de información en español sea aún más difícil. Sin embargo, en Colombia se dieron investigaciones que anteceden y hacen parte de las bases de la SMP y corresponden a los estudios realizados sobre los aspectos psicosociales de la salud mental.

Investigaciones como la de Venegas, Gutiérrez y Caicedo (2017) que corresponden a una indagación documental, permiten comprender los órdenes de producción de las múltiples explicaciones sobre los fenómenos psicopatológicos en contextos de confrontación armada, consideran los impactos no solo científicos sino también sociales del conflicto, añaden la importancia de la interdisciplinariedad y la familia en la salud mental. Empiezan surgir preguntas que no están sólo referidas a lo psicopatológico, se pone la mirada sobre elementos del contexto que permiten el desarrollo y bienestar subjetivo del sujeto y la población.

Los autores Stolkiner y Ardila (2012) conceptualizan la salud mental desde las prácticas y aparecen aquí términos como medicina social y salud colectiva en el contexto latinoamericano. Se apegan a la definición de salud mental dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su creación durante la posguerra que corresponde a “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad” (p.10) reconociendo que el derecho a la salud está basado en una concepción compleja de los procesos de salud, enfermedad y cuidado que requieren

de una política que integre los derechos humanos y el acceso universal “lo específicamente nuevo que ha surgido de la problematización de la salud-enfermedad en cuanto proceso social, es plantear el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado” (p.11). En la definición de salud mental confluyen entonces aspectos de contexto y de contenido subjetivos que no eran tomados en cuenta en las posturas patologizantes.

Una vez se conceptualiza la SMP Cardona, Muñoz y Restrepo reconocen la necesidad de abarcar el tema desde el castellano en su revisión sistemática de la SMP en el 2016 de los estudios empíricos publicados entre 1958 y 2014 y nos dicen que:

La trayectoria histórica del campo de la SMP podría ser descrita del siguiente modo: los primeros estudios que aparecen se centran en los aportes teóricos que ofrece el modelo de SMP de Jahoda. Más tarde, con el interés de Lluch por la evaluación y la operacionalización del único modelo con el que se contaba hasta finales de la década de los 90, aparece la primera escala de SMP, constituyéndose en la herramienta utilizada por investigadores para desarrollar sus estudios. (p.170)

En este orden de ideas, Cardona et. al. (2016) luego de la recopilación y análisis de datos reconocen a la SMP de diversas formas, entre ellas, se concibe como: “un estado que se define en cuanto el sujeto no presenta dificultades emocionales, comportamentales, enfermedad o trastorno mental” (p. 169). Lo anterior podría tomarse relacionándolo con la noción antigua de salud mental dada por la OMS en tanto implica “ausencia de enfermedad”, pero las concepciones encontradas posteriormente tiñen a la salud mental con el factor social, individual y colectivo distinto al abordaje clásico que es biomédico y comportamental.

Otros estudios dentro de la revisión sistemática sugieren que la SMP se alcanza cuando las habilidades, estrategias, y recursos de una persona son los adecuados para afrontar las diversas situaciones de la vida (Cardona, et. al., 2016). Aquí se incluyen aquellos determinantes personales

y únicos del sujeto que afronta cierta situación u otra, tomándolos de una mirada intrapsíquica que solo se puede reconocer en el momento que sucede dicha acción que amerite la respuesta del individuo empleando sus capacidades internas para la realización en distintos aspectos.

Aparecen abordajes alternativos desde el desarrollo humano el enfoque de las capacidades y el buen vivir, que relacionan el bienestar, significados compartidos y representaciones sociales que interactúan directamente con el individuo y su contexto. Rossi (2005) concluye que,

salud mental no es enfermedad mental y no significa ausencia de síntomas o cuadros psicopatológicos. Por consiguiente, el concepto esbozado de salud mental deberá manifestarse, no con negaciones o ausencias, sino con determinados indicadores positivos que lo reflejen. (p. 7)

Indicadores evidenciados en actitudes positivas, desarrollo, relaciones interpersonales, es decir, indicadores evidenciados en el día a día.

Blanco y Díaz (2006) plantean que la importancia de la salud positiva radica en las experiencias sociales adecuadas, en la satisfacción de solucionar los problemas que los aquejan, encontrarle sentido a la cotidianidad y dimensionar un futuro. Dentro de esta perspectiva las capacidades para afrontar el diario vivir, de resolver las necesidades de una forma individual y colectiva es lo que permite salir a flote y tener una salud mental desde el enfoque de las capacidades.

El cuestionario sobre salud mental positiva de Lluç ha sido aplicado en diferentes contextos en Colombia, uno de ellos fue en estudiantes de psicología de Armenia-Quindío por Medina, Iriar, Martínez y Cardona en el año 2012, en este estudio cuantitativo-descriptivo con un diseño transversal se relaciona la SMP con la edad. El cuestionario fue aplicado a 78 estudiantes de psicología entre 16 y 23 años seleccionados aleatoriamente y los resultados según los autores.

Arrojan indicadores significativos de Salud Mental Positiva en el 91% de los participantes, lo que demuestra fuertes habilidades en factores como la satisfacción personal, actitud prosocial, autonomía, resolución de problemas, autoactualización y capacidad de relación interpersonal. Es de especial interés el puntaje bajo hallado en la subescala de autocontrol, criterio relacionado con el equilibrio emocional (2012, p.248)

Además, los resultados fueron comparados con cifras halladas en estudiantes de medicina de Bucaramanga y en universitarios de Cartagena y Barranquilla resultado de la investigación de Barreto y Padilla en 2007 donde buscan la relación entre la Salud Mental Positiva con las Variables Depresión, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Estudiantes de un Programa de Medicina de una Universidad de Bucaramanga.

Por otro lado, Navarro (2008) también aplica el cuestionario de SMP a estudiantes universitarios, igual al mencionado anteriormente este es un estudio cuantitativo-descriptivo con población de estudiantes universitarios del área de la salud en barranquilla.

Los resultados denotan que los estudiantes presentan indicadores de salud mental positiva con fuerte presencia de los factores autocontrol y habilidades de relaciones personales, los demás factores se logran evidenciar, aunque con menor presencia y se encuentran porcentajes considerablemente bajos para cada uno de los factores lo que sugiere generar estrategias que refuercen la salud mental positiva. (2008, p.2)

Este estudio también arrojó resultados que discriminan el puntaje de este cuestionario entre las variables hombres y mujeres.

Por otro lado, los estudios sobre víctimas como resultado del conflicto armado en Colombia no son pocos, tienen múltiples abordajes, Jaramillo (2017) nos dice que:

La consideración oficial de la existencia de un conflicto armado en Colombia permitió la diversificación de las investigaciones sobre ello en el país. Se pudo vislumbrar una perspectiva de país hacia una transición del conflicto y pensar en otras perspectivas de influencia de los factores

de violencia y su posible fin, como lo es la investigación de Vargas, Sosa y Rodríguez (2012), en la que se contemplan las repercusiones en comercio internacional de las estrategias para poner fin al conflicto. La aceptación de la existencia de conflicto armado permitió además una proliferación de historias sobre la violencia que buscan la creación de memoria en espacios extrajudiciales, desde una perspectiva más subjetiva que la restrictiva propuesta por la Ley de Víctimas. Tal es el caso del Centro de Memoria Histórica, Paz y Reconciliación entidad que mantiene un acelerado ritmo de publicaciones desde 2010. (p.24)

En la investigación anterior se analizan la eficiencia y eficacia de la Ley 1448 de 2011, uno de tantos temas a abordar sobre esta problemática tan amplia, esta ley en particular consiste en “la aplicación del derecho internacional humanitario para las víctimas y el establecimiento de medidas de protección para quienes reclaman la restitución de sus tierras” (Jaramillo, 2017, p.24). La reflexión aborda las clases de ayudas humanitarias según el tipo de víctima y se establece la efectividad y el alcance social de esta ley.

En un artículo Castro y Munévar (2018) presentan la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial que apunta a contribuir la reflexión sobre la necesidad e importancia de estas intervenciones.

El problema yace en que las políticas públicas separan el componente de salud mental de los programas de rehabilitación psicosocial, de manera que la población desplazada se enfrenta a un paradigma de atención enfocado en el trastorno y la atención psiquiátrica de manera exclusiva (Quintero, 2015). Según esto, las víctimas obtienen sólo una atención parcial, desligada de las necesidades integrales de sus vidas y con fuertes tendencias a la medicalización. Se podría decir incluso que, a pesar de las múltiples rutas de atención que existen, pocas brindan la atención psicosocial tal y como se ha definido en el marco legal. (2018, p. 86)

La atención debe concebir al sujeto como ser social, donde su contexto, subjetividad y experiencias forman parte de un entramado de relaciones que contribuyen a su salud mental, es así

como la intervención psicosocial no debe olvidarse de estos elementos para generar estrategias de resolución no solo ágiles sino también eficaces, ya que la intervención focalizada no es expansiva al fenómeno subjetivo del ser social.

“El reconocimiento por parte del Estado colombiano de la necesidad de establecer mecanismos de reparación integral de las víctimas del conflicto armado ha desembocado en propuestas de rehabilitación psicosocial cuyo fin es mitigar las afectaciones mentales” (Castro y Munévar, 2018, p.82). Programas como el de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) focaliza su atención en el daño y las afectaciones psicosociales derivadas del mismo, este tipo de intervención crea una marcada diferencia entre muchas investigaciones donde primaban los signos de enfermedad y sufrimiento psíquico que excluían la historia subjetiva y comunitaria.

Castro y Munévar (2018) dan algunos ejemplos de investigaciones que se enfocaron en los índices de las psicopatologías como Londoño (2005) quien realizó un estudio cuantitativo para medir los índices de estrés postraumático, aplicando en una muestra de 40 adultos, o Botero (2004) que hace una investigación cuasiexperimental que busca establecer la efectividad de las técnicas grupales cognitivo-conductuales de exposición prolongada e inoculación de estrés en 42 miembros de las fuerzas armadas en procesos de rehabilitación con diagnóstico de estrés postraumático (2018, p. 87). Sin embargo, se reitera que el acompañamiento psicosocial debe ser transversal al proceso de reparación.

Moreno y Diaz realizan en el año 2000 una revisión documental para hacer seguimiento a las principales consideraciones de los procesos psicosociales que se realizaban en la población víctima del conflicto armado en Colombia y determinan que “el enfoque psicosocial se orienta por una apuesta ética en la relación con las víctimas que se fundamenta en el reconocimiento de la capacidad de agencia y la des patologización del sufrimiento” (2016, p.195).

La revisión se realizó a partir del año 2000, y, el análisis se hizo a partir de cuatro categorías:

1. iniciativas estatales para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado; 2. Reflexiones investigativas sobre procesos de atención a víctimas; 3. Recomendaciones para las instituciones y profesionales que adelantan procesos de atención y reparación integral a víctimas; y 4. La reivindicación del sujeto en los procesos de atención. (2016, p.193)

Aquí, en Moreno y Díaz (2016) el enfoque psicosocial da cuenta de la incorporación de marcos de referencia que se ubican desde una perspectiva crítica frente al discurso de la salud mental en referencia a la clasificación psicopatológica.

En las intervenciones revisadas se hace evidente una tendencia hacia perspectivas que abogan por promover las capacidades de los sujetos y potenciar sus recursos para enfrentar las situaciones.

Estas perspectivas se posicionan como una respuesta frente al análisis de experiencias centradas en posturas asistencialistas que perpetúan a las personas en el lugar de víctimas. (p.197)

Las intervenciones psicosociales responden al creciente interés en contraste con la concepción clínica tradicional de la psicología, dando espacio a la mirada más integral que atiende la complejidad del ser humano reconociendo las dimensiones psicológicas y sociales, sin embargo, este tipo de intervención no ha sido planteada aún desde la SMP en el reconocimiento de las capacidades ni se han realizado investigaciones con las víctimas en el marco del conflicto armado en Colombia. Sobresale además la ausencia de investigaciones cualitativas en referencia a la SMP, la aplicación del test está presente en investigaciones cuantitativas con fines descriptivos, donde se limita al análisis de resultados a partir de los factores de la escala y no hay procesos relacionales con la subjetivación de individualización de las experiencias.

4. REFERENTE TEÓRICO

Desligar el concepto de Salud Mental del concepto de enfermedad, y aproximarse a él desde una noción de bienestar, ha sido una apuesta ardua y compleja debido a lo difícil que resulta asignarle una definición amplia y acertada al concepto aislado de bienestar. La integración de ambos conceptos ha sido precursora en la conceptualización de la Salud Mental Positiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, el siguiente apartado se dedicará a desmenuzar conceptos teóricos como la salud mental positiva, víctimas y conflicto armado.

4.1 Salud Mental Positiva.

Se retoma la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad” (2018).

Lluch (2015) afirma que solo en los inicios del siglo XX se acepta la idea de que la salud mental es algo más que la ausencia de la enfermedad y que había factores más allá de los referidos a lo biológico, factores contextuales, pertenecientes a las condiciones sociodemográficas y a la historia y la subjetividad de los individuos. A partir de ese momento, entra a tener un papel primordial la promoción, como un espacio propicio para potenciar, fortalecer y mantener los niveles de salud mental.

En el ámbito de la salud mental predomina el modelo de enfermedad y se dedica escasa atención a las dimensiones positivas de la salud. El término de enfermedad en salud mental está ligada a los diagnósticos, trastornos, desarrollo cognitivo, entre otros aspectos más relacionados con características que se puedan nombrar como patologías. Por otra parte, las dimensiones positivas de la salud se refieren a aquellos recursos personales del sujeto, dentro de su contexto,

que permite la generación de estrategias para el afrontamiento de su realidad. Stolkiner y Ardila (2012) se acercan a los primeros postulados y problemáticas que inician la construcción de la salud mental positiva; la primera definición “positiva” de salud mental donde intervienen componentes sociales y psíquicos la da la Organización Mundial de la Salud en tiempos de posguerra, la define entonces como: “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad” (p.10).

Estas autoras también desarrollan la visión salud-enfermedad-cuidado de la corriente médico social y salud colectiva donde se propone “una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares” (2012, p. 20). Estos postulados hacen énfasis en algo diferente a lo patológico, no se separan los procesos biológicos de las dimensiones subjetivas del sujeto, no son excluyentes, por el contrario, se retroalimentan.

Serna (2016) afirma que, a diferencia de la definición de salud mental, en el concepto de Salud Mental Positiva no se incluye como condición la ausencia de enfermedad y se puede asociar con los conceptos de resiliencia o de capacidad, para esto retoma a Lluch (2008) quien define la salud mental, en un sentido dinámico como: “la capacidad de percibir, comprender e interpretar las situaciones circundantes para adaptarse a ellas y cambiarlas en caso de necesidad” (p.36).

La salud mental positiva (SMP) ha tenido un lento abordaje conceptual, sin embargo, es uno de los conceptos que mayor fuerza está adquiriendo en los últimos años y que representa de lleno el espacio de la promoción de la salud mental. El primer intento de desarrollar un modelo teórico de salud mental positiva es el de Jahoda (1958) quien publicó un trabajo monográfico sobre los aspectos conceptuales desde una perspectiva multidimensional. Su propuesta apunta a la definición de los conceptos que dan cuenta de la Salud Mental Positiva, mediante la construcción

de seis criterios generales como lo son, la actitud hacia sí mismo; crecimiento, autodesarrollo y auto actualización; integración; autonomía; perspectiva de la realidad; y dominio del entorno. Cada uno de estos criterios cuenta con dimensiones que sirven de guía para abarcar el criterio. Resulta importante destacar, que, aunque Jahoda menciona la importancia de incluir elementos como características sociales y físicas, no las incluye en sus criterios definidos.

El segundo acercamiento a la definición de la SMP es el de Lluch, quien a partir de los planteamientos de Jahoda, inició un trabajo de tesis doctoral para construir y validar un modelo conceptual y una escala de medición para comprender y evaluar la SMP. A partir del trabajo realizado, Lluch define la SMP como “un constructo dinámico y fluctuante que incluye pensamientos y, muy especialmente, sentimientos tanto positivos como negativos, ya que tan sano es estar preocupado cuando se viven situaciones de incertidumbre como sentirse feliz cuando todo transcurre favorablemente” (2015, p.23).

Lluch reduce el modelo de Jahoda a una estructura de seis factores generales que corresponden a satisfacción personal, actitud prosocial, habilidades de relación interpersonal, autocontrol, resolución de problemas y autoactualización, y autonomía. Jahoda construye el primer cuestionario para evaluar la SMP específicamente. Se utiliza para “la estimación de ésta en poblaciones específicas, también para relacionar variables que permitan calcularla en personas con alguna enfermedad o siendo este instrumento objeto de validación en otros países” (2015, p. 170).

A continuación, se desarrollan los 6 factores propuestos por Lluch (2015) que configuran el modelo multifactorial de SMP y son el eje orientativo para establecer intervenciones de promoción:

- La satisfacción personal (F1) hace referencia a la satisfacción con uno mismo (autoconcepto/autoestima) y con la vida personal que uno tiene.
- La actitud prosocial (F2) incluye la sensibilidad de la persona hacia su entorno social, la actitud y el deseo de ayudar-apoyar a los demás y de los hechos sociales diferenciales.
- El autocontrol (F3) contempla la capacidad de la persona para el afrontamiento del estrés y de situaciones conflictivas, el equilibrio emocional y la tolerancia a la frustración y a la ansiedad.
- La autonomía (F4) incluye la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones aplicando criterios propios, autorregulando la propia conducta y manteniendo un buen nivel de seguridad personal.
- La resolución de problemas y autoactualización (F5) hace referencia a la capacidad de la persona para ir resolviendo los problemas que la vida conlleva, así como la capacidad para adaptarse a los cambios desarrollando una actitud flexible y de crecimiento personal continuo.
- Las habilidades de relación interpersonal (F6) incluyen la capacidad de la persona para comunicarse y establecer relaciones interpersonales armoniosas con su entorno y la habilidad para comunicar sentimientos y dar y recibir afecto. (p.24)

Los factores anteriores están distribuidos en una escala denominada Cuestionario de Salud Mental Positiva, para medir la SMP en 39 ítems que dan cuenta de ellos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se propuso mirar la Salud Mental Positiva en aras de una experiencia tan significativa como haber vivido el conflicto armado, haber sufrido sus consecuencias e intentar progresar con los recursos personales y sociales obtenidos. Por lo tanto, es importante ampliar la mirada del conflicto armado colombiano.

4.2 Conflicto Armado

A grandes rasgos, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) define al conflicto armado no internacional (CANI) como “Enfrentamientos armados prolongados que ocurren entre fuerzas armadas gubernamentales y las fuerzas de uno o más grupos armados, o entre estos grupos, que surgen en el territorio de un Estado” (Jaramillo, 2017 p. 21) Se reconoce como no internacional porque los alcances de las fuerzas violentas no extrapolan las fronteras nacionales de dónde se sitúa el conflicto. Por ende, se considera que Colombia tiene un CANI, teniendo en cuenta la violencia armada como consecuencia de un conflicto social y político interno (2017).

Cuando se refieren al conflicto interno, se remite principalmente a los siguientes actores: el ELN (Ejército de Liberación Nacional), las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia), paramilitares, Bacrim (Bandas Criminales), y autodefensas, todos con los siguientes delitos: el robo, cultivo ilícito, negocios de narcotráfico, extorsión, secuestro, reclutamiento forzado, desplazamientos, robos, asesinatos, comercio de armas, entre otras que han marcado la historia del territorio colombiano por siempre (Barcelona Center for International Affairs, s.f.).

Trejos (2013) realizó una revisión sistemática del conflicto donde se reúnen diferentes referentes teórico-conceptuales para la construcción de una caracterización del llamado *conflicto armado* colombiano. Los siguientes cuatro grupos fueron creados a partir de lo anterior y en justificación a la idea de que el nombre de *conflicto armado* queda corto con el contexto colombiano.

1. Investigaciones que abordan las causas que originan los levantamientos armados y los factores que condicionan las acciones bélicas y las causas de éxito o fracaso de las luchas revolucionarias.

2. Los enfoques teóricos utilizados para el análisis de los conflictos intraestatales, post-Guerra Fría, destacándose en este grupo el enfoque planteado desde la economía política y la tesis de la guerra global permanente.
3. Los trabajos que tratan el conflicto desde variables como sus alcances espaciales (nacionales, internacionales y regionales), número de víctimas, intensidad, carácter y fines de sus actores (revolucionarios, étnicos, religiosos, etc.).
4. Se constituye con la definición que de conflicto armado no internacional hace el Derecho Internacional Humanitario, más específicamente el Protocolo II adicional a los IV Convenios de Ginebra, suscrito por el Estado colombiano e incorporado a su legislación a través de la Ley n° 171 de 1994. (p.58)

Analizando el surgimiento de la violencia, Trejos (2013) propone tres momentos en los cuales la violencia ha tomado poder por motivaciones políticas:

Primero fue la guerra de los Mil Días (1899-1902); luego, en la década de los cuarenta, el asesinato del candidato presidencial por el Partido Liberal Jorge Eliécer Gaitán, que dio inicio a la violencia liberal-conservadora (1948-1958); a la que siguió, finalmente, la violencia revolucionaria asumida por las organizaciones insurgentes (1964- 2010). (p. 56)

Por otra parte, Bautista-Erazo (2015) propone otros factores del ámbito social político que impactan y serían posibles determinantes del conflicto y violencia de Colombia. Entre las hipótesis planteadas están la ausencia de presencia estatal en espacios donde se podrían crear ejércitos no estatales y un Frente Nacional que dio solución a la violencia desde una perspectiva política, pero no se ocupó de los residuos del conflicto social en donde se encontraban las guerrillas, que por este motivo se organizaron en forma de resistencia campesina hasta el desarrollo de un proyecto revolucionario que se vive hasta el día de hoy. Por consiguiente, el autor agrupa las hipótesis anteriormente mencionadas en: el “problema de la tierra” en Colombia,

refiriéndose a la estructuración territorial y “la exclusión política”. (p. 68) conceptos que serán definidos a continuación.

Cuando se habla de “problema de tierra” Bautista-Erazo (2015) se refiere a que el país está “geográficamente accidentado” por sus diversos márgenes y fronteras puede también generar conflicto entre el campesinado por el hecho de que también es un país “económicamente agrícola” es decir, su mayor dependencia económica es el trabajo que surja de la tierra. Ahora, “la exclusión política” de Colombia se ha evidenciado desde su organización política bipartidista, que aunque se creyó haber solucionado con lo sucedido con el Frente Nacional, esta época forjó una problemática en la estructuración social y convirtió a las guerrillas en un “bandolerismo revolucionario”; perdiendo sus ideales de la resistencia del campesinado. (p.69)

El oriente antioqueño, una región emblemática para la construcción histórica de Antioquia, teniendo a Rionegro, Marinilla y Sonsón como sus principales pueblos. Curioso es cómo ha sido utilizado como refugio tanto para guerrilleros como para aquellos afectados por estos; pero solo toma papel de víctima directa de la guerra de 1997 a 2003 cuando esta toma un giro hacia los focos centrales de la economía nacional, donde el oriente antioqueño produce el 30% de la energía del país. (García, 2004) El caos se extiende rápidamente, provocando alarma entre los ciudadanos de los pueblos mismos y los aledaños,

Es un período en el que la estrategia militar de la guerrilla se funda en la destrucción sistemática de pueblos y de infraestructura pública y privada y el asesinato o la amenaza de muerte a la totalidad de los alcaldes; parte de su estrategia financiera se apoya en el secuestro masivo de personas (en la Autopista Bogotá-Medellín en este caso), y en la extorsión a las empresas nacionales o regionales que allí operan y a los comerciantes de las localidades. (2004, p. 106)

Son muchos territorios de Colombia los que han sido marcados por las huellas de la violencia interna, cientos de miles de civiles afectados por actos ajenos a su voluntad. Desde este

punto se hace transición al término de víctima. ¿Qué características debe tener una persona para considerarse víctima ante los ojos del estado colombiano?

4.3 Víctimas

Todo conflicto deja secuelas económicas, políticas, infraestructurales y marca la vida de aquellos que lo viven dejando huellas psicológicas, familiares, etc.; estas personas afectadas por tal conflicto, sea cual sea su origen, se llaman víctimas. Desde el Derecho Internacional de los derechos humanos, se le llama víctima a quien:

Haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. (Beristain, 2012, p. 22)

Existen varios tipos de víctimas, pero típicamente se nombran dos: las directas y las indirectas. Beristain (2012) afirma que las víctimas directas son aquellas que vivieron y sufrieron la violencia propiamente, por ejemplo, una persona violada, torturada. Por otra parte, las indirectas son aquellas “que por sus lazos familiares o sociales sufren también las consecuencias” (p. 22). A las consecuencias que se refiere la definición anterior son como por ejemplo la violación a los derechos del duelo de sus seres queridos, a la verdad, etc.; incluso, “a veces estas últimas son las únicas que sobreviven, por ejemplo, los familiares de los desaparecidos o de personas asesinadas.” (p.22)

En Colombia, la Ley 1448 del 2011 define a víctimas aquellas personas que cumplan con las siguientes características:

- Quien individual o colectivamente haya sufrido un daño
- Por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985

- El cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente.
- Las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.
- Como consecuencia de infracciones al derecho internacional humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos
- Ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (p. 9-10)

En contextos como el colombiano donde hay guerra y conflicto interno las consecuencias, implicaciones, sufrimientos de ser considerado víctima son muchas. Beristain, nombra algunas:

Las víctimas han sufrido numerosas experiencias traumáticas, como pérdida de seres queridos, exposición al horror, sufrir tortura o violación sexual, ser testigos de atrocidades, o sufrir persecución y amenazas, entre otras. Además, se incluye en muchas ocasiones el desplazamiento, las pérdidas materiales o de la tierra, así como el impacto de las violaciones en sus comunidades generando un clima de miedo, desconfianza, y pérdida de apoyo social. (2012, p. 23)

Todos los elementos anteriormente mencionados dan cuenta de las condiciones y características que implica ser víctima en el contexto colombiano, nombre con el cual, según las definiciones establecidas, cargarán por el resto de sus vidas ya que es preciso toda una amalgama de procesos tanto estatales como psicosociales, para salir de esta categoría. Villa, Londoño, Barrera (2015) afirman que dentro de la justicia transicional o reparación a las víctimas es necesario cumplir con una compensación, satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición para que cada sujeto bajo la denominación de víctima alcance unos niveles adecuados de bienestar. La compensación, hace referencia al pago por daños materiales o físicos, siempre y cuando no sea posible garantizar la situación anterior de la persona, o cuando ella no quiera ser

restituida a dicha situación (Centro Internacional para la Justicia Transicional y Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, 2009). La satisfacción se refiere al reconocimiento y dignificación pública de la verdad sobre los daños ocasionados a las víctimas. (2009) Por otra parte, la rehabilitación incluye asistencia en ámbitos médicos, psicológicos, jurídicos y sociales que necesite el sujeto víctima (2009). Por último, las garantías de no repetición implican las acciones que ejerce el estado para evitar que las situaciones conflictivas vuelvan a suceder, teniendo en cuenta la promoción de los derechos humanos y de las leyes correspondientes a los actos violentos y sus consecuencias (2009).

Es importante cuestionar qué tanto de estos derechos básicos como sujetos víctimas, se cumplen y si son suficientes para restituir a un individuo y garantizar un bienestar que le permita integrarse nuevamente a la sociedad sin repercusiones negativas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Describir las características de la Salud Mental Positiva en personas que han sido víctimas del conflicto armado en algunos municipios de Antioquia.

5.2 Objetivos Específicos:

Explicar cómo las personas han vivido el conflicto armado.

Determinar qué elementos de la salud mental positiva han desarrollado las personas víctimas del conflicto armado.

Analizar los cambios de perspectiva de la vivencia del conflicto que han tenido las víctimas a través del tiempo.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Enfoque

Enfoque cualitativo: Sampieri plantea que el enfoque de la investigación cualitativa es la comprensión de los fenómenos desde los participantes en relación con su contexto, además afirma que este enfoque “se elige cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (2014, p.358).

En este sentido este enfoque es pertinente para la presente investigación porque permite entender los significados y las prácticas que realizan las personas que fueron víctimas del conflicto armado; además, interesa describir las características de la salud mental positiva que han permitido el desarrollo de la cotidianidad. La preocupación se concentra en las vivencias de los participantes y en los significados que atribuyen a sus experiencias.

6.2 Método

Interaccionismo simbólico en la línea de lo planteado anteriormente como teoría conductora de la investigación cualitativa nos permitirá examinar los procesos y contextos de cada caso, así para los autores Natera, Guerrero, Ledesma, Ojeda (2017). Afirman que,

El interaccionismo simbólico explora la conducta humana, los roles sociales, las acciones, percepciones individuales y las interpretaciones que las personas hacen de su realidad. Se enfoca en los significados que los eventos tienen para las personas y en los símbolos que usan para atribuir aquellos significados, por ello, el investigador necesita comprender las acciones desde la perspectiva de los participantes, aprender al respecto de su mundo y de las interpretaciones que hace de las interacciones. (p.195)

Este es el método adecuado para el presente estudio debido a que el interés de éste es Describir las características de la Salud Mental Positiva en personas que han sido víctimas del conflicto armado en algunos municipios de Antioquia, atendiendo a intereses relacionados con la explicación de las vivencias en el conflicto armado, sus perspectivas a través del tiempo y los elementos de SMP desarrollados. Ahora, se parte de la idea de que eso que viven las personas tiene que ver con el significado que le atribuyen no solamente a una buena salud mental sino también a las estrategias configuradoras de la misma.

La técnica usada es el estudio del caso múltiple. La pertinencia de esta técnica se remite a la apreciación de Carazo (2006) quien considera que “es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (p.167) esta técnica permitió una interpretación y recopilación puntual sobre la información que brindaron los participantes de forma individual.

Las observaciones detalladas del estudio de caso permiten estudiar múltiples y variados aspectos con un mismo objeto de examen. Además permiten examinar cada uno de los aspectos en relación con otros dentro de su ambiente total. Esta capacidad de la técnica resulta en una de sus principales ventajas: la oportunidad que ofrece para desarrollar una visión holística del objeto de estudio. (Reyes, 1999) va desde lo particular a lo global, permitiendo que desde el análisis individual se puedan evidenciar relaciones que configuran la comunidad y sus relaciones.

El alcance de la investigación es descriptivo, ya que nos permite especificar características, en este caso de la SMP presentes en los participantes, según Sampieri (2014) este alcance

Busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Esto es, su objetivo no es como se relacionan éstas. Valor:

Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de los fenómenos, suceso, comunidad, contexto o situación (p,92)

El estudio descriptivo nos permite ahondar los elementos situacionales importantes de los participantes, especificando sus propiedades en la recolección de información mostrando con precisión los ángulos o dimensiones del fenómeno y la población correspondiente a personas víctimas del conflicto armado.

6.3 Población y muestra

La población a analizar en primera instancia, corresponde a cinco personas que han sido víctimas del conflicto armado en algunos municipios de Antioquia, cuatro hombres y una mujer, mayores de edad, que política o socialmente se consideran como víctimas del conflicto armado.

Se contó para esto con los siguientes criterios de inclusión:

Tabla 1

Muestra participante de la investigación

Participante	Edad	Escolaridad	Tipo de Víctima
P1 Mujer	43	Técnica	Víctima Directa-Desplazamiento
P2 Hombre	62	Sin Escolaridad	Víctima Directa
P3 Hombre	33	Cursando Secundaria	Víctima Directa-Desplazamiento
P4 Hombre	33	Secundaria-Sin terminar	Víctima Directa-Desplazamiento
P5 Hombre	61	Primaria	Víctima Directa-Desplazamiento

Fuente: Tabla de elaboración propia.

6.4 Técnicas de recolección de información

Para la recolección de información se hizo uso de la entrevista semiestructurada, Munarriz (1992) dice que la entrevista cualitativa hace referencia a la conversación mantenida entre

investigador/investigados para comprender, a través de las propias palabras de los sujetos entrevistados, las perspectivas, situaciones, problemas, soluciones, experiencias que ellos tienen respecto a sus vidas. La técnica de la entrevista se utiliza, tanto en el estudio de casos como en la investigación/acción, como fuente de información. Munarriz continúa diciendo que esta técnica permite la búsqueda de información general, indagación de datos y recabar información más comprometida, además de esto se refiere a la clasificación de la entrevista, entre ellas la entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador tiene una guía previa para tener en cuenta los datos relevantes por los que debe indagar, pero no es necesario mantener un orden en el desarrollo y transcurso de esta. El registro de las entrevistas se hará a través de grabación siempre con el consentimiento de los participantes. Es el discurso el medio para extraer elementos desde la narrativa individual y después en relación grupal para el enriquecimiento de la investigación.

Además, se aplicó el cuestionario de Salud Mental Positiva (SM+) de Llach (1999) este mide la salud mental positiva desarrollando seis factores correspondientes a: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, por último, habilidades de relación interpersonal. Esta escala consta de 39 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert; la calificación permite puntajes de cada factor y en suma la totalidad de la escala da como resultado una valoración integral de los factores de Salud Mental Positiva, la implementación de este instrumento complementa la entrevista semiestructurada brindando otra forma de acceder a las categorías analizadas.

6.5 Procedimiento de recolección de la información

Se convocó y organizaron los encuentros con los individuos seleccionados para la realización de las entrevistas.

Se aplicó cuestionario de salud mental positiva y se continuó con la realización de las entrevistas

Las entrevistas fueron transcritas y sistematizadas para permitir un adecuado manejo de la recolección de datos. Los cuestionarios de SMP fueron calificados.

Se hizo un rastreo entre las entrevistas para los aspectos más llamativos a desarrollar en relación con los resultados del cuestionario.

Luego de discriminar las unidades de análisis fue preciso descartar elementos irrelevantes para la investigación y enfocar los factores de interés a desarrollar.

6.6. Procedimiento de análisis de la información

El procedimiento de análisis de la información se hizo mediante codificación abierta que en palabras de Strauss y Corbin (2002) es “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (p.110). Aquí, los datos se descomponen en categorías y se examinan en busca de similitudes y diferencias, lo que permite manejar la información obtenida de las entrevistas de una forma más ágil puntualizando en elementos afines con la investigación.

6.7 Consideraciones Éticas

Al realizar una investigación con seres humanos y más de índole tan sensible, es necesario tener en cuenta varios factores que son esenciales para el cumplimiento de los derechos de los participantes de dicho estudio. Los psicólogos (en formación) están regidos por la Ley 1090 de 2006 la cual da unas pautas para su labor y el posterior respeto a la integridad de la persona que interactúa con ellos en un espacio profesional.

El punto de partida de toda investigación o espacio terapéutico debe ser el consentimiento informado, que aparece como uno de los principios éticos del código Nuremberg de 1945, este principio da conocer todos los detalles del proceso a llevar a cabo como su duración, técnicas, posibles consecuencias o adversidades, entre otros detalles que permitan al sujeto estar completamente informado y posteriormente acceda conscientemente al trabajo a realizar, se incluye además de este principio otros como lo son la ausencia de coerción, la experimentación científica fundamentada y la beneficencia del experimento para los sujetos humanos involucrados.

El artículo 2.6 de la Ley 1090 de 2016 hace referencia al bienestar del usuario, y el deber que tienen los profesionales de velar siempre por este. En la investigación como se resalta este apartado del mismo:

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación. (2006, p.3)

Lo anterior se incluye dentro de lo estipulado para el consentimiento informado. Por otra parte, el artículo 2.9 da luz sobre los aspectos a tener en cuenta al trabajar con otros seres humanos,

La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno

conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos. (2006, p. 4)

Finalmente, antes de iniciar la investigación es necesario considerar si es realmente pertinente estudiar dicho tema en x población, teniendo en cuenta siempre los factores del estudio que pueden influenciar negativamente al sujeto, causándole problemas, reviviendo una experiencia traumante, o forzando el encuentro, pues se debe velar siempre por el cumplimiento de los derechos del individuo como participante y ser humano. Lo cual está ligado al artículo 50 de la ley 1090: “los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.” (p.17)

7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos arrojados después del análisis cualitativo de la entrevista semiestructurada y la escala de SMP de Lluch. La recolección de datos mediante las entrevistas condujo a la clasificación de información en 5 categorías con sus correspondientes subcategorías.

Las categorías resultantes son: La persona y su Relación con las violencias, Percepción de Salud Física y Mental, Resolución de Conflictos, Relación con Otros y Motivación para vivir. Éstas categorías serán relacionadas con los 6 factores correspondientes a la escala de SMP de acuerdo al contenido y lo que permite evaluar.

Los resultados de la Escala de Salud Mental Positiva se muestran en la siguiente tabla, los valores deben interpretarse siendo 1.0-2.0 considerado bajo, es decir que hay presencia casi nula de esta característica en el sujeto; 2.1-3.0 calificación es media, aquí la presencia de las características se encuentra en un punto neutral donde no denota ni ausencia ni alta presencia y de 3.1 en adelante es alto, lo que alude a una presencia reforzada y aumentada en la categoría.

Tabla 2

Resultados de Escala de SMP

Participante	Satisfacción Personal	Actitud Prosocial	Autocontrol	Autonomía	Resolución de problemas y actualización	Habilidades de relación interpersonales	Total
#1	3.6 (Alto)	4.0 (Alto)	2.6 (Medio)	3.6 (Alto)	3.7 (Alto)	3.8 (Alto)	3.6 (Alto)

#2	2.7 (Medio)	3.6 (Alto)	3.0 (Medio)	2.2 (Medio)	3.8 (Alto)	3.0 (Medio)	3.1 (Alto)
#3	3.1 (Alto)	3.4 (Alto)	2.8 (Medio)	3.8 (Alto)	3.8 (Alto)	3.0 (Medio)	3.6 (Alto)
#4	3.2 (Alto)	3.4 (Alto)	2.2 (Medio)	3.6 (Alto)	2.7 (Medio)	3.2 (Alto)	3.1 (Alto)
#5	3.3 (Alto)	3.6 (Alto)	4.0 (Alto)	3.8 (Alto)	3.6 (Alto)	4.0 (Alto)	3.7 (Alto)

Fuente: Tabla de elaboración propia

Es así como en la primera categoría correspondiente a los resultados de la entrevista denominada la persona y su relación con las violencias, no se generaron asociaciones con la escala de SMP en tanto no se refiere al presente del sujeto, si no a sus vivencias pasadas. En la siguiente categoría, Percepción de la salud física y mental, se integraron los indicadores: satisfacción personal, autocontrol y autonomía en referencia a los procesos internos y las auto representaciones de los participantes. La categoría número tres, Resolución de conflictos, se relaciona con: actitud prosocial, resolución de problemas y autoactualización. La cuarta categoría que corresponde a la relación con los otros se vincula con: actitud prosocial, y habilidades de relación interpersonal. La última categoría, motivación para vivir, integra la autonomía.

La persona y su relación con las violencias

Esta categoría corresponde a las perspectivas que tiene el sujeto sobre el conflicto armado, el estado, y el hecho victimizante; teniendo en cuenta las repercusiones que han tenido en su vida personal y familiar. En el discurso de los participantes uno de los principales hallazgos corresponde a la percepción negativa del Estado por parte de todos los participantes con afirmaciones como “yo sé que ya todo está perdido” (participante 4, respuesta 37), en referencia a

la restitución de sus derechos o la falta de confianza con los procesos ejecutados debido a la corrupción, tal como se muestra a continuación,

“Yo no quisiera volver a trabajar con esos procesos porque pienso que dentro de ellos hay mucha mentira” (participante 1, respuesta 28).

“La política en el pueblo mío es mucha corrupción como en todo lado” (participante 3, respuesta 27).

Estos elementos se relacionan además con la percepción negativa que tienen los participantes sobre el conflicto,

“violencia y guerra, informes de guerra, eso no se va a acabar nunca”. (participante 3, respuesta 32).

El desplazamiento es otro hallazgo que surge como uno de los efectos de la violencia, este aparece como un hecho configurador de las experiencias de cuatro de los cinco participantes, ya que uno de ellos no se considera desplazado, aunque relata ser víctima del conflicto armado expresa:

“No nunca, porque nosotros cuando salimos de la tierra de nosotros no salimos desplazados, sino que yo me fui por voluntad propia para Manizales cuando entró la guerrilla” (participante 2, respuesta 15).

Sin embargo, las causas de su cambio de residencia corresponden a causas de fuerza mayor,

“Entonces que tenía uno qué hacer, uno desplazarse rápidamente antes de que ellos actuaran o que irse uno a trabajar y dejar la señora sola con los hijos, se sentía uno intranquilo y ya uno viendo la situación así ya le tocó dejar las tierras y venirse”. (participante 2, respuesta 25).

Las causas del desplazamiento corresponden al miedo, amenazas y extorsiones por diferentes grupos armados. Los testimonios sobre desplazamiento hablan del desarraigo de las tierras,

“¿qué siente uno? La tristeza porque uno va al pueblo y ver que el trabajo es poco, de ver cómo está el pueblo, la corrupción, de ver cómo la violencia acabó con todos los sueños de muchas personas, que nosotros tuvimos hogar, tener que todo se vendió, las tierras por nada, por salir de este pueblo y que buscando un futuro mejor y nunca se ha podido llegar a ese futuro”
(participante 3, respuesta 44).

“Desde que a mí me derrumbó la violencia estoy sin residencia, sin donde vivir”.
(participante 5, respuesta 10).

Los efectos asociados a la violencia comprenden de forma significativa el temor al conflicto y los actos violentos, se enmarcan en historias expresadas con angustia y la no repetición o perpetuación de estos actos,

“lo veo y yo por eso después de eso no quiero ver violencia, yo veo violencia y más bien como que me asusto” (participante 3, respuesta 38).

Los participantes hablan tanto en pasado como en la manifestación del temor aún presente,

“ya pues del mero susto me volé y hoy en día hoy veo que los que nos iban a matar y todo antes ya no pueden volver al pueblo y recuperamos la finca, es muy grande pero todavía con miedo”. (participante 4, respuesta 31).

Uno de los participantes no ha hecho la tramitación del hecho victimizante y se evidencia en la imposibilidad para hablar sobre él,

“No amor, no me pregunté qué... - inteligible, comienza a llorar-. Es grave, es grave. Mami, ya. ¿Terminamos ya?” (participante 5, respuesta 33).

Es necesario aclarar que en los demás participantes el hecho victimizante no es ajeno a su emocionalidad. La persona y su relación con las violencias comprende una categoría importante porque configura las experiencias y percepciones de las víctimas en relación con su pasado, expresado en el presente, es así como deviene en percepciones negativas sobre los entes reguladores y los agentes perpetuadores del conflicto armado.

Es fundamental para el entendimiento desde las experiencias subjetivas pasadas de las vivencias y formas actuales, esta categoría no se relaciona con elementos de la escala de SMP por la característica en temporalidad de las vivencias pasadas de los participantes.

Percepción sobre Salud Física y mental

La subcategoría de Percepción sobre Salud Física y Mental se refiere a las perspectivas que el sujeto tiene sobre su propia salud física y mental, incluyendo aquellos aspectos de su vida que posibilitan la equilibrio o inestabilidad de éstas. Aunque se tendrán en cuenta los puntajes de la escala de SMP, serán de mayor valor analítico aquellas dadas en la entrevista, puesto que responden a elementos cualitativos importantes para el estudio del SMP.

Las respuestas de las entrevistas indican que cuatro de los cinco participantes consideran tener una buena salud tanto mental como física. Sin embargo, en sus discursos posteriores comentan fenómenos como,

“estuve como 6 años como con un trastorno que yo no cerraba los ojos, yo le decía a mi mamá ¿qué puedo hacer yo para dormir? Y yo veía una sombra por la puerta y yo sentía que no...”. (participante 3, respuesta 37).

Este tipo de información da luz sobre las realidades referentes a la salud física y mental y, por tanto, demuestra que, aunque algunos participantes se sientan “bien” hay hechos que comprueban lo contrario o intentan restarle importancia a ello,

“Solamente en este momento, tomo pastillas de por vida de la presión, porque en el 2006 me dio un derrame entonces estoy tomando esas pastas por muy alto el colesterol, triglicéridos, etcétera, etcétera, me dio un derrame, pues...nada”. (participante 2, respuesta3).

Con referencia a elementos de la Salud Mental, los participantes lo expresan como lo opuesto a los aspectos físicos,

“Pues vea, satisfactoriamente pues bien por fuera, pero por dentro mal porque pues hay dolores que siento ocultos y me hago el loco, pero por dentro todo el mundo me ve con el corazón muy bonito, pero por dentro sufriendo claro”. (participante 4, respuesta 7).

A partir del discurso de los participantes se afirma que, los elementos que permiten un buen desarrollo interno están ligados a las relaciones familiares, a las actividades que realizan en tiempo libre, que comprenden a su vez tiempo en familia ya que las actividades individuales se refieren al deporte. Esto se relaciona, con su autoestima puesto que, se sienten importantes a medida que responden a las exigencias familiares como suplir las necesidades básicas, brindar protección o acompañamiento.

De acuerdo con los factores evaluativos de la SMP, los participantes puntuaron en promedio, ALTO en Satisfacción Personal, MEDIO en Autocontrol y ALTO en Autonomía. Lo anterior indica buenos niveles de SMP a medida que se sienten bien consigo mismos y en su familia, son capaces de controlar sus emociones y se identifican como sujetos independientes.

Resolución de conflictos

Esta categoría incluye los procesos, sentimientos y estrategias que tiene el sujeto frente a situaciones que le resultan problemáticas. En base a las entrevistas cuatro de cinco participantes demuestran tener una red de apoyo significativa y efectiva centrada en su núcleo familiar, uno de los participantes expresa tener una red de apoyo, pero esta no interviene activamente en la

resolución de conflictos. Por otro lado, la actitud positiva aparece como un elemento a tener en cuenta en las estrategias utilizadas,

“Pero si- pienso que si... es la actitud. Pues, desde mi experiencia pienso que es la actitud. Yo no- yo nunca deajo que las personas tengan una mala actitud.” (participante 1, respuesta 37).

La actitud positiva se refiere a la permanencia ante las situaciones negativas o conflictivas.

Otro elemento que ha demostrado ser importante para algunos en la resolución de conflictos es la confianza y resignación en otros no tangibles,

“Pero nunca debe uno olvidar de que hay un dios y hay que aguantar todo lo bueno y lo malo.” (participante 3, respuesta 49).

La confianza en que todo estará bien mediada por las creencias referidas a la espiritualidad se relacionan con la actitud positiva.

A pesar de contar con un núcleo de apoyo todos los participantes concuerdan en la capacidad y lo oportuno de la toma de decisiones individuales,

“Eh sí claro, yo los afronto con... pues sí, porque uno ya, ya está maduro y uno ya sabe que los problemas que se le presentan a uno, uno mismo tiene que solucionarlos, y... y recapacitar...”. (participante 2, respuesta 8).

Con respecto a los factores de la escala de SMP correspondientes a esta categoría, en promedio los participantes puntuaron ALTO tanto en actitud prosocial como en resolución de problemas y autoactualización indicando nuevamente, elevados niveles de SMP.

Relación con los otros

Esta categoría da cuenta de la forma en que la persona se vincula con el otro ya sea intrafamiliar o interpersonal, incluyendo la construcción de sus redes de apoyo. Esta categoría se relaciona con la resolución de conflictos en tanto incluye la familia como elemento configurador de las relaciones de los participantes, además se agrega la desconfianza como un factor que imposibilita la relación con otros por fuera del núcleo familiar. Como ejemplo de lo anterior,

“Solamente mis hijos, no cuento sino solamente con mis hijos, con más nadie porque usted sabe que la gente, no, uno no puede contar sino con la familia de uno, hoy en día usted sabe qué ¿sí o no? Por qué lo dice uno, porque hoy en día no puede contar con nadie sino lo que es la familia de uno no más”. (participante 2, respuesta 39).

La traición juega un papel importante en la desconfianza y elección de tener pocos amigos,

“por todas las cosas que han pasado, el mejor amigo de uno lo traiciona, lo roba y de todo, y a mí ya me ha pasado eso, entonces yo no confío en ningún amigo” (participante 2, respuesta 53).

Además, las experiencias de distanciamiento han contribuido a reforzar la confianza en el núcleo familiar y excluir la relación con otros ajenos a este vínculo filial.

En cuanto a los factores de SMP relacionados con la categoría de Resolución de Conflictos, en promedio los participantes puntuaron ALTO en actitud prosocial y habilidades interpersonales.

Motivación para vivir

Por último, esta categoría da cuenta de los elementos que la persona tiene en cuenta para proyectarse y superarse a pesar de las situaciones vividas. Es común en tres de cinco participantes la mención de tener como propósito, ayudar a los demás; los otros participantes también hacen referencia a esto cuando incluyen el deseo de progresar junto a su familia,

“Y yo pienso que a eso vinimos a este mundo. A aprender y a aportar y a, y a ayudar, es él, el servir también me hace mucho bien.” (participante 1, respuesta 38).

Cabe resaltar el deseo de los participantes de un futuro tranquilo y estable,

“Vivir tranquilo pues sí, no pensar tanto en los problemas...”. (participante 3, respuesta 59).

Incluso nombran la tranquilidad como factor principal en el bienestar,

“¿Qué es vivir bien la vida? Es vivir tranquilo, vivir trabajar, tener la casa pa´ vivir, tener una familia en armonía, actitud personal por su querer ayudar a los demás.” (participante 2, respuesta 63).

El factor de la SMP correspondiente a esta categoría puntúa en promedio ALTO entre los participantes, situándolos en una posición de independencia, poder decisivo y singularidad.

Hasta aquí, se han presentado los resultados correspondientes al Cuestionario de SM+ en relación con los elementos identificados en las entrevistas semiestructuradas que dan cuenta de estrategias positivas para la configuración del bienestar y de elementos no resueltos que aún persisten en la cotidianidad de los participantes como consecuencia de sus vivencias. Se pudo apreciar que hay elementos configuradores de la experiencia del sujeto que deben integrarse en el acercamiento y en la intervención, las experiencias pasadas hacen parte hoy en día, de su historia, modifica su subjetividad en el presente, interviniendo directamente en los procesos de bienestar, esto se suma al entendiendo del sujeto desde la mirada integral que propone la SMP donde todo lo que configure su experiencia cuenta, teniendo presente así elementos relacionados con la percepción de salud física y mental, resolución de conflictos, relación con otros y motivación para vivir. A continuación, se mostrará la relación entre los resultados acá descritos con los aportes encontrados en la revisión teórica y empírica.

8. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio con una muestra de cinco personas víctimas del conflicto armado en Colombia, revelan en la escala de SMP, niveles significativos de Salud Mental Positiva (SMP). Esto, comparado con las entrevistas semiestructuradas, muestran inconsistencias cruciales para la evaluación de SMP. Por lo tanto, a continuación, los resultados de cada herramienta de recolección de información serán analizadas y contrastadas entre sí, con respecto a los datos sociodemográficos, socioeconómicos y de salud. Cabe aclarar que, debido al tipo de análisis, se privilegiaron los resultados emergentes por medio de la entrevista, por su valor cualitativo.

Los participantes son adultos entre los 30 y los 65 años de edad que desde la ley 1488 de 2011 son considerados víctimas directas y retomando el Derecho Internacional de los derechos humanos, se le llama víctima a quien:

Haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. (Beristáin, 2012, p.22)

Además, pertenecen a estratos socioeconómicos medios -bajos y sus experiencias en relación a los hechos victimizantes del conflicto armado se desarrollaron en dos municipios del Oriente Antioqueño. El desarrollo de los resultados de la muestra, están mediados por los aspectos subjetivos de los participantes pertenecientes a un contexto donde intervienen sus condiciones socioeconómicas, estos elementos median sus interacciones diarias.

Lluch (2015) afirma que solo en los inicios del siglo XX se acepta la idea de que la salud mental es algo más que la ausencia de la enfermedad y que había factores más allá de los referidos

a lo biológico, factores contextuales, pertenecientes a las condiciones sociodemográficas y a la historia y la subjetividad de los individuos. Factores que intervienen de forma significativa en los procesos de bienestar o de favorecimiento de la cotidianidad en las personas y que para este estudio en particular desarrollan una amalgama de significantes relacionados con la SMP.

Pasado, presente.

La relación con el pasado interactúa con la historia de los participantes, con los elementos que les anteceden y que se expresan en las concepciones y configuración que hoy en día se instauran en su cotidianidad. Ser víctima del conflicto armado configura una realidad actual en cada individuo, se evidencia como en el discurso de los participantes se encuentra un elemento fundamental asociado a una de tantas consecuencias del desplazamiento y es la falta o suspensión de la escolaridad.

Algunos de los participantes llegaron hasta algún nivel de primaria y sólo uno terminó los estudios de bachillerato, sobre esto Torres y Días (2005) afirman que:

En los últimos años la violencia también ha jugado un papel fundamental en la deserción escolar temprana ya que es una población altamente vulnerable ya sea para vincularse a las filas de los grupos armados ilegales o para abandonar los estudios por situaciones de violencia. Así, el conflicto armado genera condiciones adversas para que la permanencia en el sistema educativo sea duradera, esto se puede dar a través de las migraciones forzosas, la violencia y las diversas actividades de amenaza e intimidación (p.38)

El relato de esta característica tiene como causa fundamental el tener que desplazarse y en la misma línea ocupar el tiempo trabajando. Si bien, la falta de escolaridad no ha imposibilitado el desempeño de sus labores, si desarrolla pensamientos no resueltos desde el deseo y la percepción de la importancia que tiene el estudio en la formación; uno de los participantes, por ejemplo,

relata que no ha cumplido el perfil laboral para algunos empleos que ha deseado por la falta de algún título de educación superior o tecnología.

Esta consecuencia del conflicto armado es un factor que se relaciona con todos los participantes y con la percepción que tienen de sí mismos en relación a las proyecciones sobre su futuro.

El pasado se ve expresado en el presente a través de las consecuencias que deja haber sido parte del conflicto armado, incluso se ve expresado en las categorías políticas que se instauran porque ser víctima habla del presente y conflicto armado remite al contexto donde se dio el hecho victimizante (en pasado).

Por otro lado, Lluch define la SMP como “un constructo dinámico y fluctuante que incluye pensamientos y, muy especialmente, sentimientos tanto positivos como negativos, ya que tan sano es estar preocupado cuando se viven situaciones de incertidumbre como sentirse feliz cuando todo transcurre favorablemente” (2015, p.23). Los resultados de los participantes en todos los factores puntúan de medio a alto. Los participantes responden de forma general a las preguntas, y es en la entrevista que aparecen puntualmente los elementos que problematizan las percepciones. Con respecto a lo anterior, es de interés preguntarse ¿cómo tiene en cuenta esta escala las percepciones negativas en el estar “sano”? Se plantea como en el asunto del anhelo de la educación que pudieron tener para mejorar sus condiciones actuales y que repercute en la percepción de sí mismos, por ejemplo. Las preocupaciones actuales remiten a circunstancias pasadas desfavorables, la temporalidad en las vivencias subjetivas no se presenta de forma lineal, la atención psicosocial se remite al pasado, la SMP en teoría implica ese elemento integral entendiendo al individuo como ser social, sin embargo, la escala de SMP pregunta por el presente, por el estado de bienestar de los procesos actuales del individuo.

La familia como fuente de relaciones interpersonales

El análisis de los resultados remite necesariamente a la siguiente pregunta ¿Se podrá tener alto nivel de habilidades interpersonales si sus interacciones se limitan al núcleo familiar?

Las habilidades de relación interpersonal como factor de la escala de SMP incluyen la capacidad de la persona para comunicarse y establecer relaciones interpersonales armoniosas con su entorno y la habilidad para comunicar sentimientos y dar y recibir afecto. Aquí la experiencia mediada por la subjetividad de los participantes ha interferido en la relación con el otro, cumplen de forma efectiva las características que tiene este factor, sin embargo, no están representadas en la totalidad de las interacciones con los demás, las relaciones de confianza y lazos afectivos fuertes se concentran y responden a la familia, no hay interés en crear vínculos más fuertes con personas externas debido a la desconfianza que permanece por experiencias anteriores. Esto se relaciona con otros estudios como el de Atehortúa, Sánchez y Jiménez (2009) en el contexto de la comuna 13, en Medellín, donde se llega a conclusiones como, “cualquier otro diferente a la familia puede ser enemigo, por lo tanto, se sugiere la distancia.” (p. 126) Por otro lado, este factor de la desconfianza se reafirma en el estudio de Arias (2015) en donde se afirma que,

la particularidad de un mundo devastado, donde la incertidumbre, la duda y el escepticismo se incorporan en las relaciones cotidianas. Para ella, la violencia que se experimenta no solo en el cuerpo, sino también en el contexto, produce una fragilidad que se traduce en desconfianza y miedo, cuya recuperación solo se logra a través de las tareas diarias de sobrevivir y hacer habitable el mundo cotidiano, profundamente integradas a formas complejas de agencia y responsabilidad moral. (p. 242)

En la autonomía como en la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones aplicando criterios propios, se evidencia que lo personal o individual se ve mediado por el otro, en los participantes es el otro que contiene, que permite la autorregulación, y el otro es aquí la

familia, no es un elemento directo que permita la resolución de conflictos, sino que aparece como la energía, las fuerzas o la motivación para encontrar salida y seguir.

El estar en familia, relacionado con la construcción de redes de apoyo, es una característica importante para la evaluación de la SMP, ligada a los factores de Satisfacción Personal, en tanto el participante está satisfecho consigo mismo a medida que aporta a su convivencia familiar, y a Habilidades Interpersonales, ya que el 100% de la población participante no cuenta con amistades significativas para integrar a su red de apoyo, su persona parece girar alrededor de la conformación familiar. Esto también se puede relacionar con la desconfianza generada a partir de experiencias vividas, mencionadas anteriormente.

Las habilidades interpersonales no solo se limitan al núcleo familiar, la subjetividad en estas relaciones no media la capacidad de comunicarse adecuadamente o ser empático, el elemento diferenciador responde a la confianza, recepción de afecto y permanencia, elementos que solo están presentes en la familia desde la experiencia, entonces sí, se podrá tener alto el nivel de habilidades interpersonales aunque las interacciones profundas se limiten al núcleo familiar, ya que, las habilidades básicas de socialización son adecuadas de forma general.

Bienestar

Las percepciones sobre condiciones de bienestar están mediadas por los aspectos subjetivos de los participantes pertenecientes a un contexto donde intervienen sus condiciones socioeconómicas, estos elementos median sus interacciones diarias; las actitudes de conformidad, validación y satisfacción se dan también en relación con los recursos que tienen. Es decir, tienen las necesidades básicas suplidas, entendiendo estas desde un techo donde dormir y alimento diario, estos últimos elementos son nombrados por los participantes como algo que no puede faltar.

Las condiciones económicas representan para los participantes algo de suma importancia pues todos consideran estas como elementos primordiales para lograr el “bienestar”. Bienestar, que los participantes definen en términos de tener alimento, lugar para residir, y estar en familia, sin excesos, solo la tranquilidad de tener lo básico para sobrevivir, esto es coherente con lo que se plantea como salud mental desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando la definen como “un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad” (2018).

Las necesidades básicas aparecen como un vehículo necesario para que las condiciones anteriores de estados de bienestar se puedan dar, respondiendo aquí puntualmente a conceptos propuestos en SMP como bienestar subjetivo y social. El bienestar subjetivo tiene bases mucho más emocionales, y se lo ha evaluado a través de indicadores como la felicidad, la afectividad positiva y negativa o la satisfacción vital (Blanco y Díaz, 2005) da cuenta de las percepciones personales. El bienestar social a partir de Keyes (1998) se ha centrado en el desarrollo personal, en las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de sus circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad.

Es frecuente encontrar en los participantes un discurso positivo, que deja en segundo plano o de forma minúscula, lo que para otras personas podría ser algo de gran relevancia. De este modo, se introducen las percepciones de los participantes en cuanto a su salud tanto física como mental. La mayoría de los participantes respondió de una manera positiva, seguido por un, *pero* o *a pesar de*, que da cuenta de las realidades significativas por las que atraviesa el sujeto como son las afectaciones emocionales o las situaciones de salud graves y la manera en que constantemente

demeritan esa misma realidad, ya sea por resignación o porque realmente, no es un asunto que parezca preocuparles. Teniendo en cuenta la relevancia de la subjetividad de cada sujeto, es importante diferenciar si esta situación es una resistencia al afrontamiento del pasado, o si se trata de un recurso discursivo para el afrontamiento de su cotidianidad. El lenguaje o las afirmaciones positivas se mantienen hasta que se ahonda en las respuestas y sus recuerdos.

La cotidianidad relacionada con la actitud positiva, las necesidades básicas suplidas y la motivación en relación a la permanencia y convivencia con la familia responden a elementos precursores de Bienestar en tanto se refieren a los recursos personales del sujeto, recursos que dentro de su contexto ha permitido la generación de estrategias para el afrontamiento de su realidad.

En este apartado evidencia la necesidad de integrar todos los elementos anteriormente mencionados para lograr tener una perspectiva amplia de la subjetividad de un sujeto, de su SMP. Hasta aquí, hemos contrarrestado elementos de la cotidianidad de los participantes con los seis factores indicadores de la SMP. Más allá de pautas teóricas que bordean la SMP, es interesante la mirada que el sujeto tiene sobre sí mismo y con el mundo. Este enlace permite el hallazgo de aspectos indispensables para el reconocimiento de características de la SMP en cada participante, en especial los relacionados con la familia y las nociones de bienestar. A continuación, se presentarán las conclusiones halladas en el proceso analítico.

9. CONCLUSIONES

El análisis de los datos permitió encontrar varios componentes en común entre los participantes del estudio. En primer lugar, es relevante resaltar las puntuaciones resultantes del Cuestionario de SM+ ya que estas fueron significativamente altas entre la muestra. Lo anterior, según criterios de Lluch, podría indicar una evidente predominancia de la SMP en víctimas del conflicto armado si se tomase en cuenta solamente la prueba. Sin embargo, para efectos de verificación y comparación, las entrevistas semiestructuradas desarrolladas ayudaron a profundizar sobre elementos que se tratan superficialmente en la prueba, encontrando que hay discrepancias significativas en lo que las personas responden en el cuestionario y lo que refieren a través de la entrevista.

Los elementos históricos y contextuales aparecen como configuradores de las estrategias de afrontamiento y los procesos de bienestar desarrollados por los participantes, sobresaliendo así, el apoyo familiar en la resolución de conflictos; este elemento proviene además de una historia de permanencia y vínculo mediada por las condiciones desfavorables a consecuencia del conflicto armado. Además de esto, los participantes refieren que han experimentado problemáticas interpersonales con agentes externos y que dichas situaciones han provocado en ellos respuestas como la desconfianza hacia los demás. Los participantes son hábiles en las relaciones interpersonales como una condición de respuesta al medio, pero no generan vínculos afectivos fuertes debido a los antecedentes de daño que han vivenciado.

La Salud Mental Positiva al proponer una mirada diferente a la patologizante permite identificar herramientas protectoras y facilitadoras en los procesos de generación de bienestar en la cotidianidad, tomando al sujeto como ser social e integral que responde a condiciones propias

de su subjetividad y su contexto, este modelo es pertinente para abordar problemáticas y se actualiza en la reconfiguración experiencial y perceptual del sujeto.

10. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Durante la realización de la investigación se evidenciaron algunos factores externos a los investigadores que generaron obstáculos en el desarrollo del esta. Se cree que los siguientes elementos influyeron en la calidad del estudio y por tanto se precisa mencionarlos y presentar recomendaciones para futuras investigaciones.

La mayoría de la muestra participante respondieron Siempre o Casi siempre, o Nunca o Casi Nunca en todos los ítems del Cuestionario de SMP+ de Lluch. Se considera que al emplear un lenguaje que oscila entre totalmente positivo a totalmente negativo en todos sus ítems, incita implícitamente al participante a responder de manera positiva, que niega los enunciados negativos o afirma completamente los enunciados positivos. Es decir, la formulación de los ítems y su respuesta tipo Likert, influyen en las formas de responder de los sujetos generando tendencias positivas.

En esta misma vía, se considera que la falta de elementos que evalúen el pasado en el Cuestionario de SMP+ y la predominancia por enunciados referidos al presente, no permite evaluar al participante desde una mirada amplia teniendo en cuenta la mirada integral de la SMP+.

Por otra parte, a pesar de contar con un consentimiento informado, las personas en condición de víctima se mostraron limitados a responder a ciertas preguntas bajo la condición de grabación de audio. Esto se evidenció en tanto al apagar la grabación, surgieron temáticas correspondientes a la entrevista que no se habían mencionado; los participantes utilizaron frases como, “ahora que ya no están grabando, les cuento que...” o “ya que se acabó la entrevista...” De esta manera, es notorio que las grabaciones limitan las respuestas del participante y la presencia del consentimiento informado no es suficiente para que el sujeto no se sienta restringido por su condición de víctima y la resistencia a volver a caer en una circularidad revictimizante por medio de la información divulgada en el estudio.

Es pertinente integrar elementos del pasado en la valoración de la SMP ya que está da cuenta del sujeto desde una mirada integral que reconoce su subjetividad, contexto, historia como ser social. Se recomienda además continuar realizando investigaciones con víctimas del conflicto armado y el componente de salud mental positiva que permitan contrastar este estudio y que se diferencien en aspectos como la edad de los participantes y sus aspectos sociodemográficos.

Referencias

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones. México: Coyoacán.*
- Angarita, A., Cardona, H., Parada, A., & Sepúlveda, S. (2012) *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(1), 47-62.
- Arias, B. (2015). Vida cotidiana y conflicto armado en Colombia: los aportes de la experiencia campesina para un cuidado creativo. *Aquichan*, 15(2), 239-252.
- Atehortúa, C. I., Sánchez, L. A., & Jiménez, B. I. (2009). El conflicto armado afecta todas las esferas: implicaciones del conflicto armado en la comuna 13. *Revista de Derecho. Universidad del Norte*, (32), 116-138.
- Banco de datos de violencia política. CINEP. (2002, Abril-Junio) Panorama Nacional de Derechos Humanos y Violencia Política en Colombia. *Noche y Niebla*, 24.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120..
- Barcelona Center for International Affairs. CIDOB. (s.f.) *Conflicto en Colombia: antecedentes históricos y actores*. Recuperado de https://www.cidob.org/es/publicaciones/documentacion/dossiers/dossier_proceso_de_paz_en_colombia/dossier_proceso_de_paz_en_colombia/conflicto_en_colombia_antecedentes_historicos_y_actores
- Barreto, D. (2007). *Relación entre la Salud Mental Positiva con las Variables Depresión, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Estudiantes de un Programa de Medicina de una Universidad de Bucaramanga. Tesis para optar título de Maestría en Psicología.* Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

- Bautista-Eraza, D. (2015). Reflexión sobre el papel de los actores en el conflicto armado en Colombia y la importancia de la memoria histórica para la construcción de paz. *Transpasando Fronteras*, 8, 67-83.
- Beristain, C. M. (2012). Acompañar los procesos con las víctimas; Atención psicosocial en las violaciones de derechos humanos. *Fondo de Justicia transicional: Programa Promoción de la Convivencia*. Recuperado de:
http://biblioteca.hegoa.ehu.es/downloads/18967/%2Fsystem%2Fpdf%2F2883%2FAcomp%2Fanar_Procesos_Victimas.pdf
- Betancourt, D. (2004). *Memoria individual, memoria colectiva y memoria histórica: lo secreto y lo escondido en la narración y el recuerdo*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/dcs-upn/20121130052459/memoria.pdf> Brioschi.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2006) Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Bustos Arcón, V. Á. (2016). Psicoanálisis, Postconflicto y Salud Mental. *Psicogente*, 19(36), 202-205.
- Campo-Arias, A., & 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.
- Cardeñosa, M. F. C., Luque, R. V., y Velasco, A. G., (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11.

- Cardona, D., Muñoz, C. & Restrepo, D. (2016) Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Panam Salud Pública*, 39(3), 166-173.
- Castro, X., & Munévar, M. (2018). Escuchando a las víctimas del conflicto armado colombiano: la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial. *CS*, (25), 81-109.
- Cejudo Córdoba, R. (2007). Capacidades y libertad: una aproximación a la teoría de Amartya Sen. *Revista Internacional de Sociología*, 65(4), 9-22.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2014). *Memoria histórica en el ámbito territorial: orientaciones para autoridades territoriales*. Bogotá: CNMH
- Czeresnia, D. & Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Díaz Gómez, C., Sánchez, N. C., & Uprimny Yepes, R. (2009). *Reparar en Colombia: los dilemas en contextos de conflicto, pobreza y exclusión*. Bogotá: Centro Internacional para la Justicia Transicional y De Justicia.
- Deneulin, S., & McGregor, J. A. (2010). The capability approach and the politics of a social conception of wellbeing. *European Journal of Social Theory*, 13(4), 501-519.
- Feuerwerker, L. C. M., Merhy, E. E., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: Aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras de acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Fierro, A. (2009). *Filosofía del buen vivir. El buen vivir: su examen filosófico. La ciencia del bienestar*. Madrid: Alianza.
- Gaborit, M. (2006). Memoria histórica: relato desde las víctimas. *Pensamiento psicológico*, 2(6), 7-20.
- García, C. I. (2004). Resistencias. Análisis comparado de la acción colectiva frente a la guerra en Urabá y Oriente Antioqueño. *Nómadas (Col)*, (20), 102-110.

- Jahoda, M. (1958). *Conceptos actuales de salud mental positiva*. Nueva York: Libros Básicos.
- Jaramillo, J. & Restrepo, D. (2012) Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Jaramillo, R. S. (2017). Concepción del conflicto armado y sus víctimas en Colombia. *Saber, Ciencia y Libertad*, 12(2), 19-27.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Ley N° 1090. Congreso de la República. Colombia, 06 de Septiembre de 2006.
- Ley N° 1448. Congreso de la República, Bogotá, Colombia. 10 de junio de 2011
- Ley N° 1616. Congreso de Colombia, Bogotá, Colombia. 21 de enero de 2013
- Lluch, M.T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista Enferm. Salud Mental*. (1), 23-26.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
- Medina, Ó., Iriar, M. F., Martínez, G., & Cardona, D. V. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(36), 247-261.
- Merhy, E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Salud Mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de los derechos*. Bogotá: Kimpres.
- Ministerio de Salud (1998). *Resolución 2358 de 1998 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*.
- Moreno, M. A., & Díaz, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El ágora USB*, 16(1), 193-213.

- Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en investigación cualitativa. *Metodología Educativa, Universidad del País Vasco*, 101-116.
- Muñoz, C. (2015). *Elementos para pensar la salud mental desde un enfoque de promoción*. [Publicación en un foro]. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Eventos_1/Shared%20Content/Semana%20de%20la%20Salud%20Mental%202015/1.%20ELEMENTOS%20PARA%20PENSAR%20LA%20SALUD%20MENTAL%20DESDE%20UN%20ENFOQUE%20DE%20LA%20PROMOCION%20C3%93N.pdf
- Natera-Gutiérrez, S.I., Guerrero-Castañeda, R.F., Ledesma-Delgado, M.A.E., & Ojeda-Vargas, M.G. (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>.
- Navarro, G. (2008). *Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios del Programa de Medicina, Universidad Libre de Barranquilla* (Doctoral dissertation, Tesis de Maestría en Desarrollo Social, Dir. Jorge Palacio. Ph. D, Universidad del Norte. Barranquilla).
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ Acceso el 17 de marzo de 2018.
- Red Nacional de Información (RNI). (2018). Recuperado de: <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/>
- Restrepo, D. (2015) *Los jóvenes y la vida buena: Aportes del enfoque de las capacidades para el abordaje de la salud mental en el campo de la salud pública*. (Tesis Doctoral) Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Reyes, T. (1999). Métodos cualitativos de investigación: los grupos focales y el estudio de caso. *Forum empresarial*, 4(1), 74-87.

- Robeyns, I. (2005). The capability approach: a theoretical survey. *Journal of human development*, 6(1), 93-117.
- Rossi, R. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en salud*, 7(2), 105-111.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta Edición*. México: MrGraw-Hill,
- Sen, A. (2012). *La idea de la justicia*. Buenos Aires: Taurus.
- Serna, J.A. (2016) *Salud mental positiva en estudiantes de psicología*. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 28, 57-67.
- Strauss, A. L., Corbin, J., & Zimmerman, E. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Suarez, J. E. (2013). Reparación integral a las víctimas del conflicto en Colombia. *Trabajo de investigación inédito*. Universidad Militar Nueva Granada, Colombia.
- Torres Ávila, J. (2013). La memoria histórica y las víctimas. *Jurídicas*, 2(10), 144-166.
- Torres, F. J. S., & Díaz, A. M. (2005). *Los efectos del conflicto armado en el desarrollo social colombiano, 1990-2002*. Universidad de los Andes, Facultad de Economía, CEDE.
- Trejos Rosero, L. (2013). Colombia: una revisión teórica de su conflicto armado. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 11(18), 55-75.

- Venegas Luque, R., Gutierrez Velasco, A., & Caicedo Cardeñosa, M. F. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. *Salud mental y familia. Universitas Psychologica*, 16(3), 277-286.
- Villa, J. (2013) Memoria histórica desde las Víctimas del conflicto armado Construcción y reconstrucción del sujeto político. *Kavilando*, 5(1), 11-23.
- Villa, J. D., Londoño Díaz, D., & Barrera Machado, D. (2014). Reparación a las víctimas de dictaduras, conflictos armados y violencia política en sus componentes de compensación, satisfacción, rehabilitación y no repetición. Part I. *El Ágora USB*, 14(2), 339-375.
- Villa, J. D. (2016). Intervenciones psicosociales en el marco de acciones de reparación a víctimas del conflicto armado colombiano. *ECA: Estudios centroamericanos*, (744), 81-85.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo, _____ identificado(a) con el documento _____ de _____ por voluntad propia accedo a la participación en la investigación titulada _____ que tiene como objetivo *Describir las características de la Salud Mental Positiva en personas que han sido víctimas del conflicto armado en algunos municipios de Antioquia*. Esta investigación está a cargo de las estudiantes de la Universidad de Antioquia Nathalie Martínez Quiceno y Verónica Mira Vélez.

Acepto participar en el presente estudio accediendo a que se me realicen entrevistas de al menos 60 minutos en cada encuentro, las cuales serán grabadas para el registro apropiado de la información. Puedo negarme a responder preguntas en las que me sienta incómodo.

Sé que la información que yo provea en el curso de esta investigación resultado de las entrevistas y evaluaciones no será usada para fines comerciales ni ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, cualquier distribución de este material se hará únicamente dentro del marco de los objetivos y propósitos de la investigación.

Reconozco que puedo retirarme cuando lo desee, no se me obligará por la permanencia ni se me pagará por la participación en la investigación.

Manifiesto que recibí una explicación clara sobre el proceso de la investigación, el propósito de su realización y estoy de acuerdo con ellos.

La información de esta investigación será custodiada por quienes las conducen, será confidencial y sólo se utilizará para fines de la misma.

Hago constar que he leído y entiendo este documento, de esta manera por medio de la firma acepto su contenido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Cedula

Anexo 2

Cuestionario Salud Mental Positiva SM+ (Lluch, 1999)

Numero Variable	Código	Etiqueta	Nivel de Medición	Valores
1	SMP1	1- A mi... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
2	SMP2	2- Los problemas me bloquean fácilmente	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
3	SMP3	3-A mi... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
4	SMP4	4-.... me gusto como soy	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
5	SMP5	5-...soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca

6	SMP6	6-.... me siento a punto de explotar	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
7	SMP7	7- Para mí, la vida es aburrida y monótona	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
8	SMP8	8-A mí, ...me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
9	SMP9	9-...tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
10	SMP10	10-...me preocupa mucho lo que los demás piensen de mi	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
11	SMP11	11-Creo que...tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces

		y comprender sus respuestas		4.Nunca o casi nunca
12	SMP12	12-...veo mi futuro con pesimismo	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
13	SMP13	13-Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
14	SMP14	14-...me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
15	SMP15	15-...soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
16	SMP16	16-...intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden	Ordinal	1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
17	SMP17	17-...intento mejorar como	Ordinal	1.Siempre o casi siempre.

		persona		2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
18	SMP18	18-...me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
19	SMP19	19-...me preocupa que la gente me critique	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
20	SMP20	20-... creo que soy una persona sociable	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
21	SMP21	21-...soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
22	SMP22	22-...soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca

23	SMP23	23-...pienso que soy una persona digna de confianza	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
24	SMP24	24-A mí, ...me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
25	SMP25	25-...pienso en las necesidades de los demás	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
26	SMP26	26-Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
27	SMP27	27- Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
28	SMP28	28- Delante de un problema	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre.

	 soy capaz de solicitar información		2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
29	SMP29	29- Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
30	SMP30	30-.... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
31	SMP31	31-...creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
32	SMP32	32-Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
33	SMP33	33-...me resulta difícil tener relaciones personales	Ordinal	1. Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca

34	SMP34	34-Cuando tengo que tomar decisiones importantes...me siento muy inseguro/a	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
35	SMP35	35-...soy capaz de decir que no cuando quiero decir no	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
36	SMP36	36-Cuando se me plantea un problema...intento buscar posibles soluciones	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
37	SMP37	37-...me gusta ayudar a los demás	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
38	SMP38	38-...me siento satisfecha/o conmigo misma/o	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces 4.Nunca o casi nunca
39	SMP39	39-...me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre. 2. Con bastante frecuencia 3.Algunas veces

4.Nunca o casi
nunca

Fuente: Tomado de Lluch, 1999.

Anexo 3

Muestra participante de la investigación

Participante	Edad	Escolaridad	Tipo de Victima
P1 Mujer	43	Técnica	Victima Directa-Desplazamiento
P2 Hombre	62	Sin Escolaridad	Victima Directa
P3 Hombre	33	Cursando Secundaria	Victima Directa-Desplazamiento
P4 Hombre	33	Secundaria-Sin terminar	Victima Directa-Desplazamiento
P5 Hombre	61	Primaria	Victima Directa-Desplazamiento

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Anexo 4

Resultados de Escala de SMP

Participante	Satisfacción Personal	Actitud Prosocial	Autocontrol	Autonomía	Resolución de problemas y autoactualización	Habilidades de relación interpersonal	Total
#1	3.6 (Alto)	4.0 (Alto)	2.6 (Medio)	3.6 (Alto)	3.7 (Alto)	3.8 (Alto)	3.6 (Alto)
#2	2.7 (Medio)	3.6 (Alto)	3.0 (Medio)	2.2 (Medio)	3.8 (Alto)	3.0 (Medio)	3.1 (Alto)
#3	3.1 (Alto)	3.4 (Alto)	2.8 (Medio)	3.8 (Alto)	3.8 (Alto)	3.0 (Medio)	3.6 (Alto)
#4	3.2 (Alto)	3.4 (Alto)	2.2 (Mediano)	3.6 (Alto)	2.7 (Medio)	3.2 (Alto)	3.1 (Alto)
#5	3.3 (Alto)	3.6 (Alto)	4.0 (Alto)	3.8 (Alto)	3.6 (Alto)	4.0 (Alto)	3.7 (Alto)

Fuente: Tabla de elaboración propia

Anexo 5

Entrevista Semiestructurada

Estructura en la cual se basó para hacer la entrevista semiestructurada.

Categoría Temática	Subcategoría	Preguntas
		Nombre
		Edad
		Sexo/Género
		Discapacidad (¿?)
		Estado civil
		Escolaridad
		Ocupación
		Situación Económica actual
		Conformación familiar/vive con
		Lugar de nacimiento
Datos Sociodemográficos		Lugar de residencia
		Religión
		Percepción subjetiva del estado de salud
		Antecedente de diagnóstico por psicólogo o psiquiatra en la infancia y/o preadolescencia (sí-no)
		Antecedente de diagnóstico por psicólogo psiquiatra en la adolescencia y/o adultez. (sí-no)
Sobre la experiencia de participación en intervenciones psicosociales para las víctimas.	Generalidades	1. ¿Quién lo invitó a las actividades? (que la participación esté ligada a otros procesos con víctimas).

		<p>2. ¿Qué lo motivó a asistir?</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo lleva asistiendo a las actividades?</p> <p>4. ¿Qué hace en esas actividades?</p> <p>5. ¿Con quién asiste a las actividades?</p> <p>6. ¿Ha estado en otros procesos?</p> <p>7. ¿Qué es lo que más le ha gustado de las actividades?</p> <p>8. ¿Siente algún efecto positivo de asistir a las actividades?</p>
	Positivos	<p>9. ¿Cuáles son los aprendizajes que ha obtenido de la participación en las actividades?</p> <p>10. ¿Cómo es su relación con las personas que dirigen los encuentros y sus participantes?</p>
	A mejorar	<p>10. ¿Hay algo que no le haya gustado? ¿Porqué?</p> <p>11. ¿Qué cambiaría de las actividades propuestas?</p>
Situación victimizante	Historia de la violencia	<hr/> <p>12. ¿Cuál fue el hecho? ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el hecho victimizante?</p> <p>13. ¿Dónde fue el hecho victimizante?</p> <p>14.. ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el hecho victimizante?</p> <p>15. ¿Quiénes de su familia estaban implicados?</p> <hr/>

		16. ¿Aún reside en el lugar del hecho?	
		17. ¿Qué consecuencias tuvo el suceso en su vida?	
		18. ¿Cómo se siente hoy después de haber vivido estos hechos?	
		<hr/>	
	Tiempo Libre	19. ¿Cuánto tiempo libre tienes en la semana?	
		20. ¿Qué haces en ese tiempo libre?	
		21. ¿Te gusta practicar algún deporte, manualidad, juegos de mesa?	
		22. ¿Cuáles son las decisiones más importantes que has tomado en tu vida?	
	Resolución de problemas	23. ¿Cuál ha sido el efecto de esas decisiones?	
		24. ¿Cómo resuelve las situaciones conflictivas que le ocurren?	
	Pesimismo vs. Optimismo	25. ¿Qué actitud toma frente las situaciones conflictivas que le ocurren?	
Salud Mental Positiva	Percepción sobre sí mismo/Satisfacción personal	26. ¿Cómo se siente con respecto a su trabajo u ocupación?	
		27. ¿Cuáles son sus proyectos o planes a futuro?	
		28. ¿Cómo está compuesta su red de apoyo?	
	Relaciones interpersonales	29. ¿Tiene amigos?	
		30. ¿Cuánto tiempo comparte con sus amigos?	
		31. ¿Cuánto tiempo comparte en familia?	
		**¿Cómo es la relación con su pareja? **	
	Relaciones familiares	32. ¿Considera que es una persona importante para su familia?	

Contribución a la
comunidad/ Actitud
prosocial

33. ¿Cómo se siente con su rol dentro de su familia?

34. ¿Cuál es su rol dentro de su comunidad? (ayuda a los demás).

35. ¿Cuáles han sido los principales conflictos que has tenido con tus vecinos, comunidad?

Fuente: Tabla de elaboración propia

Anexo 6

Categorización de las entrevistas

A continuación, se muestran las categorías definidas y las subcategorías de las entrevistas, explicando en que entrevista se encuentra y en la respuesta correspondiente.

Categoría de Análisis	Subcategoría	Entrevista
La persona y su relación con las violencias	No poder estudiar	E2(1)
	Necesidad de sobrevivir	E2 (1)
	Irse por voluntad propia	E2(15), E2(24), E5(21), E5(26), E5(44)
	Incomodidad	E2(17), E2(25), E5(29)
	Negación	E2(17), E2(19), E2(21)
	Sentirse afortunado	E2(21)
	Recursos Propios	E2(21), E2(32), E2(62)
	Pobreza	E2(23), E5(21), E5(26), E5(47)
	Falta de oportunidades	E2(23)
	Afectación Familiar	E2(25), E3(32)
	Adaptarse a lo que tiene	E2(25)
	Ser precavido	E2(25)
	Temor a las consecuencias	E2(25), E3(32) E3(34)
	Ausencia de su esposa	E2(36)
Extrañar a su esposa	E2(60)	
Resignación	E2(61)	

Aumento de la delincuencia	E2(62), E3(32)
Percepción negativa del Estado	E1(28), E1(32), E3(27), E3(33), E3(34), E3(35), E3(35), E3(44), E4(37), E5(19)
Corrupción	E3(27)
Ha participado en procesos	E3(31)
Incumplimiento de acciones	E3(33), E3(35)
Desplazamiento	E3(36), E3(39), E3(44), E5(10)
Presenciaron actos violentos	E3(36)
Trastornos del sueño	E3(37)
Temor a actos violentos	E3(38), E4(24), E4(25), E4(26), E4(31)
Amenazas	E3(39), E5(26)
Resistencia para pertenecer a grupos armados	E3(40)
Pérdida del sentido de humor	E3(45)
Ensimismamiento	E3(49)
Acontecimiento no superado	E5(33)
Discriminación	E5(46)
Abuso verbal y físico	E5(46)
Efectos de la violencia	E1(24), E1(25), E1(27), E1(31), E4(29), E4(31), E4(32), E4(33), E4(34)
Percepción del conflicto	E1(27), E4(29)
Percepción del hecho	E1(30), E4(35),

	victimizante	E4(36), E4(37)
	Rechazo	E4(21)
	Reclamar	E4(23)
<hr/>		
Percepción sobre salud mental y física	Se cuida tomando medicamentos	E2(3)
	Percepción positiva sobre salud	E1(37), E2(10), E2(34), E2(47), E3(19), E3(53), E4(47), E5(37)
	Percepción negativa sobre salud física	E4(13)
	Perspectiva negativa sobre sí mismo	E2(36)
	Deporte	E2(13), E3(25)
	Caminar	E2(13), E5(15)
	Natación	E3(26)
	Bicicleta	E3(26)
	Microfútbol	E3(26)
	Artesanías	E3(27)
	Conversar	E5(15)
	Lectura	E5(15)
	Tranquilidad	E2(24), E2(50)
	Libre de problemas	E2(34)
	Siempre pendiente de la familia	E2(46), E2(60), E2(66), E5(11)
	Independiente	E2(50)
	Disfrutar de su empleo	E2(50), E3(52)
	Sentimientos negativos	E2(56), E4(38)

Resignación	E2(56), E3(49)
Conformidad con su familia inmediata	E2(56)
Espiritualidad	E1(38), E4(49)
Trabajador	E2(63), E3(49), E3(57), E3(67)
Responsable	E2(66)
No va al doctor	E2(66)
Ha resuelto las problemáticas ligadas a los efectos de la violencia	E3(19)
Alcohol	E3(37)
Impotencia	E3(48)
Negatividad	E3(48), E3(49)
Ser positivo	E3(48)
Alejado de malos caminos	E3(53)
Aprovechar la vida	E3(53)
Explotar a gritos	E3(53)
Arrepentimiento	E3(56)
No ser buen ejemplo	E3(56)
Estar a la defensiva	E3(56)
Trastornos del sueño	E3(56), E4(50)
Positiva en su núcleo familiar	E3(56)
Prima el otro	E3(58)
Dolores de cabeza	E3(58)
Problemas respiratorios	E5(13)

	Problemas de próstata	E5(13)
	Deseo de estar bien	E5(13)
	Incomodidad	E4(13)
	Pobreza	E5(35)
	Emocionalmente inestable	E5(35)
	Salud inestable	E5(35)
	Incertidumbre	E5(35)
	Dificultad en afrontamiento de sentimientos pasados	E5(35), E5(40), E5(66), E5(67)
	Productiva	E1(34)
	Digno de confianza	E4(43)
	Fumar	E4(10)
<hr/>		
Resolución de Conflictos	Recursos personales	E2(48)
	Madurez	E2(48)
	Responsabilidad por sus acciones	E2(48)
	Impotencia	E3(48)
	Resignación	E3(48)
	Ineficaz	E3(48)
	Ensimismamiento	E3(50)
	Deporte o actividades de ayuda al prójimo	E3(50)
	Premeditar	E3(50)
	Pensar antes de actuar	E5(62)
	Ser reservado	E5(62)
	Asistir a terapia	E5(63)

	Estrategias de Afrontamiento	E1(17), E1(33)
	Familia	E1(35), E4(46)
	Actitud positiva	E1(37), E4(48)
	Enfrentar el problema	E1(37)
	Beber	E4(46)
	Tranquilidad	E4(47)
<hr/>		
Relación con los otros	Familia como única fuente de confianza	E2(49)
	Desconfianza	E2(39), E2(52), E2(55), E5(37)
	Distancia interpersonal	E2(59)
	Traiciones	E2(53)
	Enfoque en sus hijos	E2(53), E2(55)
	Valor de familia	E2(55)
	Cuenta con pocos amigos	E2(28), E4(15)
	Solo cuenta con sus amigos	E3(28)
	Conflictos en el hogar	E3(29)
	Cuando está lejos trata de olvidarse de todos	E3(29)
	Inexistencia de amistades	E5(37)
	Relación con trabajadores	E4(15)
<hr/>		
Motivación para vivir	Pensar en el futuro de los hijos y/o familia	E2(28), E2(32), E2(51), E2(58)

Trabajo	E2(35)
Responsabilidad	E2(35)
Pensión	E2(51)
Reunirse con su esposa	E2(51)
Tranquilidad	E2(63), E3(59)
Necesidades básicas suplidas	E2(63)
Familia en armonía	E1(33), E1(38), E2(63), E3(59)
Ayudar a los demás	E1(25), E1(29), E1(33), E1(38) E3(14), E3(38), E3(51), E3(55) E4(40)
Se enfoca en los niños (no propios)	E3(27)
Percepción negativa del futuro	E3(34), E3(35) E3(44)
Perpetuación de la violencia	E3(35)
Competencia con los demás	E3(46)
Independencia	E3(47)
Proyección sobre artesanía	E3(55)
Visión sobre el futuro Mi tierra	E1(27), E4(39) E1(30)

Sueños	E4(40)
Familia	E1(35), E4(37), E4(47)
No sabe	E5(27)

Fuente: Tabla de elaboración propia