

Tabla de contenido

Tabla de contenido

Resumen	6
Problema de investigación	7
Descripción del problema	7
Formulación del problema	12
Justificación	12
Propósito	13
Objetivos	15
General:.....	15
Específicos:.....	15
Estado del arte	15
Marco teórico	25
Salud Mental	25
<i>La salud mental algo más que la ausencia de enfermedad</i>	25
<i>La promoción de la salud mental como parte integral de la salud pública</i>	28
Salud mental y derechos humanos.....	30
Salud mental positiva.....	30
Programas de salud mental	31
Plan de acción sobre salud mental	36
Sentido de Vida	40
Logoterapia	40
Víctor Frankl	40
Bases filosóficas de la logoterapia	40
Qué es la logoterapia	42
Pilares de la logoterapia.....	43
Recursos noéticos.....	48
Estructura de la psicoterapia centrada en el sentido	52
Bases epistemológicas de la psicoterapia centrada en el sentido.....	53
Aspectos éticos.....	53
Marco metodológico	57
Diseño.....	57
Hipótesis.....	57

Participantes.....	57
Instrumentos.....	58
Marco normativo.....	59
Procedimiento.....	62
Cronograma.....	64
Presupuesto.....	64
Resultados.....	65
Discusión de resultados.....	77
Conclusiones.....	78
Referencias.....	86

Índice de tablas

Tabla 1 Programas de salud mental

Tabla 2 Objetivos y metas del plan de acción de salud mental

Tabla 3 Cronograma

Tabla 4 Presupuesto

**SALUD MENTAL Y SENTIDO DE VIDA EN SOLDADOS BACHILLERES DE
COLOMBIA**

**SALUD MENTAL Y SENTIDO DE VIDA EN SOLDADOS BACHILLERES DE
COLOMBIA**

Abril Peña Daeissy Alexandra

Franco Gaviria Cindy Paola

Corporación Universitaria Minuto de Dios Centro Regional Soacha

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Psicología

Soacha

2017

Agradecimientos

A Dios, por permitir realizar esta investigación sin ningún contratiempo.

Al Teniente Coronel Pedro Giovany Sepúlveda Otero por permitir el acceso a la
población militar a su cargo.

Al Batallón de Policía Militar No. 13 sede Fagecor Indumil de Soacha y la Escuela de
Artillería Carlos Julio Gil Colorado de Usme por su disponibilidad y espacio.

Y último, pero no menos importante al docente asesor José Antonio Camargo Barrera
por ser guía durante la investigación.

SALUD MENTAL Y SENTIDO DE VIDA EN SOLDADOS BACHILLERES DE COLOMBIA

Grupo Enlace

Semillero holístico de Investigación

Resumen

La presente investigación pretende identificar la relación existente entre salud mental y sentido de vida en población militar, la metodología utilizada es de tipo cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal y correlacional. Apunta directamente a las variables salud mental y sentido de vida, para su desarrollo se emplea una ficha de recolección de datos sociodemográficos, y los dos instrumentos respectivos, el primero de ellos que es el Cuestionario GHQ 12, siglas del inglés General Health Questionnaire el cual es un instrumento diseñado para evaluar síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes en la población, además de la Escala Dimensional de Sentido de Vida que busca dimensionar valorativamente el Sentido de Vida, es decir la percepción afectivo cognoscitiva de valores referenciales que mueven a una persona y le invitan a actuar de un modo particular ante situaciones específicas o la vida en general, confiriéndole de identidad personal y coherencia consigo misma . La muestra es de 110 hombres entre los 18 y 23 años de edad asignados al rango de soldado bachiller y pertenecientes al Batallón de Policía Militar No. 13 Sede Fagecor Indumil de Soacha y La Escuela de Artillería Carlos Julio Gil Colorado de Usme.

Palabras clave: Salud mental, Sentido de vida, Logoterapia, Militares.

SALUD MENTAL Y SENTIDO DE VIDA EN LA POBLACIÓN MILITAR ASIGNADA AL RANGO SOLDADO BACHILLER EN COLOMBIA

Problema de investigación

Descripción del problema

En primer lugar, se hace necesario abordar en términos conceptuales las problemáticas identificadas con el fin de abarcarlas a profundidad a lo largo del documento, además de permitir el pleno reconocimiento de la necesidad de realizar la presente investigación. En este sentido fuera de definir brevemente la salud mental y el sentido de vida, en este punto se despliega una serie de indagaciones enfocadas tanto a la población en general como a la población objeto de estudio a nivel global y específico acerca de dichas variables.

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Chan, 2013).

La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno (Chan, 2013).

La organización Mundial de la Salud (OMS) presenta La Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) como una iniciativa, desarrollando estudios comparativos

transnacionales sobre trastornos mentales en 28 países distribuidos en los cinco continentes, en los cuales se evidencia el trastorno de estrés postraumático como una de las problemáticas de salud mental más frecuentes (OMS, 2013)

Si bien, la encuesta desarrollada por la OMS, constituyéndose como un proceso psicoterapéutico muy importante para ayudar a los sujetos a recuperar su salud mental y reestablecer las habilidades perdidas o deterioradas a causa del evento traumático, aunque no se considera suficiente por sí sola; ya que el trastorno comprende todo un proceso complejo que requiere de un tratamiento específico y multidisciplinario, que va a depender de cada caso en particular (OMS, 2013).

Antes de intervenir a nivel psicoterapéutico, es importante aclarar que el diagnóstico diferencial es trascendental para la realización de un proceso adecuado, ya que permite establecer la presencia o ausencia de otros desórdenes. Además, debe tenerse en cuenta dentro de los temas trascendentales a tratar en la psicoterapia de grupo: la ira, la culpa, la vergüenza, la deshumanización, el abandono y la venganza, así como los problemas con la autoridad, la raza y los traumas infantiles, es decir, las emociones, los sentimientos y los constructos sociales que aquejan al individuo. Por otra parte, la psicoeducación se ha constituido como un elemento esencial de la terapia, ya que puede dar cuenta del proceso de reelaboración de los esquemas mentales que tiene el sujeto sobre el trauma (OMS, 2013).

Teniendo en cuenta el abordaje de la encuesta mencionada anteriormente, según Epstein (2013), La Organización Mundial de la Salud en Ginebra publica el 06 de agosto de 2013 un nuevo protocolo y directrices clínicas destinados a los trabajadores sanitarios para el tratamiento de las repercusiones de los traumas y la pérdida de seres queridos en la salud mental. Los trastornos mentales son un problema frecuente,

discapacitante y por lo general no tratado, lo que llevó en el 2008 a desarrollar el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP), concebido al objeto de expandir la atención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mediante protocolos terapéuticos sencillos que pueden ser aplicados por los médicos y enfermeras de atención primaria.

Como parte de la labor de los países para elaborar y aplicar políticas y programas de salud, es primordial no solo atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, sino también proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos (Epstein, 2013).

Por consiguiente es importante destacar que la salud mental evoluciona a lo largo de toda la vida, haciendo que los gobiernos consideren importante la función de utilizar los datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en todas las etapas de la vida, de las cuales las primeras son especialmente propicias para perseguir estos objetivos, pues hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a adultos empiezan antes de los 14 años de edad (OMS, 2013).

Aunque para la OMS (2013) existen procesos periódicos de evaluación (como el proyecto Atlas de la OMS) que deparan una visión sintética de la situación en materia de salud mental, los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos, con lo que resulta difícil aprehender las necesidades de las poblaciones locales y planificar en consecuencia.

Es así como también se evidencia que en los militares las estrategias de búsqueda de ayuda en salud mental son menos efectivas que en medicina en general;

demostrándose a partir de un estudio en donde los resultados permitieron establecer que el 62.2% de los militares buscaron tratamiento en el curso de su vida y el 35.2% nunca lo buscaron (Fikretoglu, Brunet, Guay & Pedlar, 2007).

Visualizándose de esta manera que la mayoría de militares que buscaron tratamiento lo hicieron por lo menos una vez en la vida a un consejero o asistieron a una sesión de terapia, lo que indica que no llevaron a cabo un proceso terapéutico continuo o permanente, pudiéndose interpretar que aún son muchas las necesidades sin suplir en esta población, especialmente aquellas relacionadas con la estigmatización de los tratamientos en salud mental en este contexto, (Fikretoglu, Brunet, Guay & Pedlar, 2007).

Del mismo modo, los resultados muestran que ante mayor severidad de los síntomas existe más búsqueda de tratamiento, en donde los factores de comorbilidad apuntan a la gravedad de los síntomas como en el caso, por ejemplo, de la depresión mayor, donde los militares que la tienen buscan tratamiento (Fikretoglu, Brunet, Guay & Pedlar, 2007).

Ahora bien, en Colombia debido a la situación de orden público interno, los oficiales de la Fuerza Aérea Colombiana (FAC) están expuestos a situaciones estresantes potencialmente traumáticas. Respecto a este tema se realiza un estudio en cuanto a la percepción de calidad de vida de oficiales y su relación con factores de la salud mental, el cual se desarrolla con el fin de aportar elementos de discusión para el fortalecimiento de programas de promoción y prevención en el área (Gonzales, Sanabria, y Zuluaga, 2010).

En este orden de ideas, es importante mencionar que en el año 2007 se construyó el Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia como

respuesta al aspecto psicológico implícito en el éxito operacional y a las condiciones político militares de ese momento en el país (Dirección General de Sanidad Militar, 2012).

Resaltando así la importancia de la prevención y promoción de salud mental, se fijaron tres líneas de acción: la primera de ellas crisis humanas, en segundo lugar, el sentido del trabajo y ultimo, pero no menos importante el desarrollo humano; entendiendo la salud mental como un proceso dinámico de interacción entre el individuo activo, con su herencia, su ambiente familiar, comunitario, sociocultural y la accesibilidad a servicios de salud, para un óptimo desarrollo de sus potencialidades. (Dirección General de Sanidad Militar, 2012).

Es así como se muestra la prevención como una facultad específica de los seres humanos de anticiparse a hechos que podrían afectar su salud o la de quienes les rodean a través de las capacidades de auto-monitoreo y auto-regulación frente a situaciones de riesgo (Dirección General de Sanidad Militar, 2012).

Finalmente se abarca también el sentido de vida y aunque los actuales estudios dirigidos a este tema sean escasas, se encuentra un estudio que afirma que las personas con baja percepción de sentido tienen más depresión, ansiedad y problemas clínicos, fuera de que son menos felices y menos satisfechas con sus vidas, presentan más sufrimiento psicológico, más psicopatología y tienen más problemas (Steger, 2012; Steger, Frazier & Zacchanini, 2008).

Es por todo ello que el sentido de vida es un factor de salud importante, y su ausencia un elemento relevante en la resolución de diversas formas de psicopatología, así como de crisis existenciales que suelen ser un elemento cotidiano y frecuente al que se enfrenta el psicólogo clínico, necesitando de herramientas de evaluación e

intervención para enfrentar este tema (Steger, 2012; Steger, Frazier & Zacchanini, 2008).

Después de la respectiva revisión bibliográfica se hace importante aclarar que actualmente no se encuentran investigaciones realizadas y enfocadas a Salud mental y Sentido de Vida en población Militar, es decir, hasta el momento este estudio correlacional no se ha llevado a cabo; si bien, se despliegan una serie de temas y leyes acerca de Salud mental a nivel internacional y nacional tanto en el ámbito civil como en el militar, siendo este último un contexto un poco más tedioso para analizar si se cumple o no lo dictado por la ley.

Por otro lado, tampoco se encuentran estudios con respecto a Sentido de vida en población militar, aun sabiendo que es fundamental para el bienestar de los individuos en general, es por ello que nace la necesidad de abrir un campo de investigación en esta línea.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación existente entre la salud mental y el sentido de vida en soldados bachilleres de Colombia?

Justificación

Esta investigación tiene como finalidad identificar la relación entre salud mental y sentido de vida en soldados bachilleres de Colombia, puesto que en la actualidad la salud mental en militares es un tema que requiere una mayor atención, y que si bien existen leyes que regulan la salud mental en Colombia, su aplicabilidad sigue siendo escasa.

Obteniendo así una disminución en la respuesta frente a las necesidades existentes, es aquí en donde el sistema no ha tomado las medidas pertinentes para velar por el derecho a recibir atención en salud mental; en especial frente a la población objeto de esta investigación; en este sentido la Organización Mundial de la Salud en el 2013, expone que los datos científicos y la investigación pretenden mejorar la capacidad de investigación y la colaboración universitaria en torno a las prioridades nacionales de investigación sobre salud mental; dando de esta manera valor e importancia a la realización de la presente investigación en pro de la obtención de resultados científicos sobre la población militar respecto a la salud mental teniendo en cuenta las políticas de la OMS.

Aun así, la salud mental no es la única temática que no se toma en cuenta en todas sus dimensiones, ya que la variable sentido de vida durante el transcurso de la historia ha sido negada frente a su relevancia en el contexto, desconociendo la importancia de esta en la cotidianidad del personal inmerso en la vida militar, por lo tanto, la pertinencia de esta investigación radica en la obtención de resultados científicos a partir de la aplicación los cuestionarios.

Propósito

En cuanto a la ciencia la presente investigación se desarrolla para la obtención de nuevos conocimientos puesto que gracias a la investigación se hace posible la recolección de datos científicos, y la existencia de datos pertinentes y actualizados que permite observar desde una nueva perspectiva la salud mental y el sentido de vida en soldados bachilleres; ya que actualmente la investigación discurre casi siempre de la calidad investigativa del país, donde es importante poseer información, datos empíricos e investigación como pilares básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental.

Si bien para abordar la salud mental en soldados bachilleres de Colombia, se hace necesario conocer los planes propuestos desde la Dirección General de Sanidad del Ejército Nacional en Colombia (2012) la cual posee un Plan Maestro de Salud Mental y adicional a ello cuentan con los siguientes programas: Programa de familias saludables, programa de hábitos de vida saludables, programa de promoción de la vida y programa de salud mental operacional, sin embargo durante la investigación se evidencia que en el Batallón de Policía Militar No. 13 Sede Fagecor Indumil de Soacha y La Escuela de Artillería Carlos Julio Gil Colorado de Usme dichos programas no tienen una frecuencia y un impacto significativo en la población militar, siendo deficiente su intervención en este campo, por lo cual la presente investigación sirve para fortalecer estos procesos en el personal de soldados bachilleres desde el quehacer profesional, quedando archivados para futuras documentaciones y mejoras acerca del tema.

La investigación se realiza con el fin de promover y aplicar el modelo educativo Uniminuto desde el enfoque praxeológico, es decir, adoptando la teoría siempre en compañía de la práctica ; dicho modelo está enfocado en el cumplimiento de su misión, en donde se ve reflejado el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, partiendo de las potencialidades de cada uno y teniendo en cuenta el conjunto de ideas, creencias, valores, actos, palabras y contextos; logrando contribuir con el bienestar personal y comunitario, bajo la capacidad de reflexionar críticamente, poseer un conocimiento innovador y pertinente, con la finalidad de generar una perspectiva diferente frente a salud mental y el sentido de vida en la población militar teniendo en cuenta la poca relevancia que se le da a dichas variables y lo importantes que se tornan dentro de la labor militar haciendo de esta manera se dé la importancia necesaria logrando una verdadera salud mental y un sentido de vida en población militar contribuyendo así su

bienestar psicológico, físico y espiritual fundamentado en los pilares y la proyección social que caracterizan a la corporación universitaria Minuto De Dios.

Para la población a nivel social, el presente trabajo se realiza para apuntar al nuevo desarrollo de exploraciones provenientes de la misma, con el fin de promover intervenciones y una nueva perspectiva, puesto que ya se conoce la necesidad frente a la importancia que tiene la salud mental y sentido de vida, no solo para los militares si no para cada uno de los agentes sociales; en otras palabras se deja una brecha abierta a futuros planes de acción teniendo en cuenta este diagnóstico realizado en esta investigación.

Objetivos

General:

Identificar la relación entre salud mental y sentido de vida en soldados bachilleres de Colombia

Específicos:

Caracterizar sociodemográficamente a los soldados bachilleres de Colombia

Establecer el nivel de sentido de vida en los soldados bachilleres de Colombia

Describir el estado de salud mental en los soldados bachilleres de Colombia

Estado del arte

Para la presente investigación el contexto y sus características particulares se tornan esenciales a la hora de hablar en términos de salud mental y de sentido de vida pues si bien las condiciones son indiscutiblemente diferentes a las de la población en

general, en los siguientes apartados del documento se evidencia claramente lo realizado al respecto.

Contextualizando en las características particulares de la población objeto de estudio cabe destacar que ciertas actividades laborales exponen a las personas a diversas contingencias que pueden conducir a un mayor sufrimiento físico y mental en comparación con otras profesiones siendo este el caso, por ejemplo, de la policía estatal, de los cuerpos militares y de los bomberos, quienes corren el riesgo de sufrir violencia y muerte, además de tener que lidiar con malas condiciones de trabajo como resultado de una estructura pública a menudo deficiente; así pues, Dela-Coleta ASM y Dela-Coleta MF (2008) afirman que estos factores pueden causar enfermedades específicas de la ocupación, así como determinar la salud general del trabajador.

Además de esta formación según Albuquerque, Rosas, Alves, Souza de Lima, Cunha de Souza (2014) los aspectos individuales son significativos para hacer frente a situaciones estresantes, ya que si un evento que genera tensión provoca una reacción de ansiedad depende de la forma en que el individuo interpreta la situación y en las habilidades de afrontamiento de la persona.

En otros estudios tal como se menciona anteriormente Costa M, Accioly Júnior H, Oliveira J, & Maia E, (2007), afirman que debido a las características específicas de sus profesiones, la policía y los bomberos son más susceptibles a desarrollar estrés ocupacional ya que también presentan altos niveles de sufrimiento físico y mental, valga la redundancia Minayo MCS, Souza ER y Constantino P, (2011).

Souza ER, Franco LG, Meireles CC, Ferreira VT & Santos NC (2007) manifiestan que dichos aspectos contribuyen a una mala salud general. Por lo tanto, para

entender el nivel de salud general de una población dada; las experiencias, los sentimientos y la evaluación de la satisfacción en el trabajo son variables a destacar.

Los dominios citados forman parte de lo que se denomina bienestar subjetivo, el bienestar subjetivo se define como una evaluación cognitiva y afectiva que las personas hacen de su vida, abarcando una amplia categoría de fenómenos que incluye respuestas emocionales, satisfacción en diferentes ámbitos (como el trabajo y la escuela) y juicios generales de satisfacción con la vida, Souza ER, Franco LG, Meireles CC, Ferreira VT & Santos NC (2007).

Además de esta postura de acuerdo con Ryan & Deci (2001) , es posible entender el bienestar como un estado de pleno funcionamiento y adecuada experiencia psicológica, refiriéndose no sólo a la ausencia de enfermedad sino a un estado de satisfacción interior, es decir, consigo mismo y con su entorno o ambiente. El bienestar puede entenderse a partir de una gran variedad de medidas (tales como: angustia psicológica, fatiga, satisfacción con la vida, vitalidad, afectos positivos y afectos negativos), y esto puede explicarse en parte por la amplitud de su propia definición, así como por los múltiples factores que la determinan.

Al ser un indicador representativo del bienestar mental y relativamente estable en el tiempo, el bienestar subjetivo tiene influencias acumulativas en la salud y la longevidad en general y, por lo tanto, es importante para la investigación en psicología de la salud (Diener E, y Chan MI 2011).

Diener & Chan (2011) al revisar un estudio con diferentes metodologías (correlacional, longitudinal, experimental), notan que la influencia del bienestar subjetivo sobre la salud y la longevidad es convincente y que los altos niveles de

bienestar subjetivo aumentan la esperanza de vida de una persona de cuatro a diez años, en comparación con aquellos con niveles bajos.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante aclarar que el ámbito militar siempre ha constituido un campo de particular importancia para la psicología, tanto la clínica como la no clínica. De hecho, la aplicación de la psicología en los contextos militares ha supuesto importantes avances en la psicopatología y la psicología clínica, a la vez que estas disciplinas han proporcionado ayuda y soporte psicológico a las personas que viven y/o trabajan en dichos contextos (p.ej., situaciones bélicas, misiones humanitarias en otros países, etc), (Magaz, Sandin, Chorot y Santed, 2004).

Es así como el origen de la actividad de la Policía Militar es la seguridad pública, y también son funcionarios públicos con el apoyo de la Constitución, es decir, tienen el derecho constitucional de proteger la salud física y mental en el rendimiento del trabajo (Minayo, Souza y Constantino, 2008)

Es por ello que se da importancia a la revisión de los aspectos jurídicos que son inherentes a la vida cotidiana de la policía militar, como la frecuente relación a la violencia y el desorden, también debe considerar los aspectos de organización de la institución, la calidad de las relaciones que se presentan dentro de la organización etc (Castro, 2012).

Aun así, los factores de riesgo específicos de los policías juegan un papel trascendental puesto que contribuyen a la enfermedad como insalubridad, peligros ambientales, rutinas administrativas y operativas. La dedicación integral requerida del policía, tiempo que atraviesa su vida personal y exige estar alerta veinticuatro horas al día, incluso en período de descanso, ocasiona cambios de hábitos, pues su compromiso

es estar al servicio de la ley y del orden público mismo en el tiempo libre (Minayo, Souza, y Constantino 2007); (Souza y Minayo 2005). Además de, la violencia y el crimen convivio constante y el uso permanente del arma de fuego (Andrade Souza y Minayo 2009).

La mayoría de los estudios con la policía militar están relacionados con el tema del estrés (Bezerra, Minayo, y Constantino, 2013; Costa et al 2010; Ferreira, Augusto y Silva 2008; Souza, Minayo, Silva y Pires 2012; Souza, Schenker, Constantine & Correia 2013; Oliveira y Bardaqi 2010).

El estrés está directamente relacionado con los trastornos mentales, ya sea directa o indirectamente. Un mapeo realizado en la seguridad pública profesional del Estado de Santa Catarina (2010) revela que la necesidad de realizar horas extras para complementar el ingreso aparece como el factor estresante principal. Entre los signos y síntomas de estrés que los participantes relataron, se encuentran la tensión muscular, sensación de desgaste constante, insomnio entre otros, la percepción de cansancio excesivo es más evidente en policías militares, valga la aclaración.

El estudio sobre la actividad profesional del Policía Militar y la relación con la salud mental, demostró tres patologías con mayor prevalencia en internaciones hospitalarias, realistas al TMC: 61,0% trastornos mentales y comportamentales debido al uso de alcohol (CID F10), 33, 3% de los episodios depresivos (F32 CID) y el trastorno depresivo recurrente (ICD F33), y 11.7% de la esquizofrenia (Mascarenhas, 2009). Otro estudio muestra que en el período entre 1995 y 1998, el 41% de Paraíba de la Policía Militar de la discapacidad retirado que fue causado por problemas relacionados con la salud mental (Silva y Vieira, 2008).

En los militares las estrategias de búsqueda de ayuda en salud mental son menos efectivas que en medicina en general. En una investigación, los resultados permitieron establecer que el 62.2% de los militares buscaron tratamiento en el curso de su vida y el 35.2% nunca lo buscaron. La mayoría que buscó tratamiento fue por lo menos una vez en la vida a un consejero o a una sesión de terapia, lo que indica que no llevaron a cabo un proceso terapéutico continuo o permanente, pudiéndose interpretar que aún son muchas las necesidades sin suplir en esta población, especialmente aquellas relacionadas con la estigmatización de los tratamientos en salud mental en este contexto (Vallejo, y Terranova, 2009).

Como ya se ha mencionado, la vida militar hace que las personas estén expuestas más frecuentemente a situaciones potencialmente traumáticas y a un ambiente de trabajo constantemente estresante, situación que se agudiza si se participa en conflictos armados o guerras. Esto ha llevado a muchos investigadores, especialmente de países que tienen ejércitos en situación de guerra como Estados Unidos e Inglaterra, a realizar estudios que indaguen sobre los efectos del trabajo como militar en la vida de las personas (Gonzalez, Sanabria, y Zuluaga, 2010).

Igualmente en esta línea, se ha dedicado mucho esfuerzo a estudiar los aspectos negativos y patológicos del ser humano (ansiedad, estrés, depresión, etc), dejando de lado a menudo el estudio de aspectos más positivos como, por ejemplo, la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, la felicidad, la resiliencia, etc (Seligman, Csikszentmihalyi 2000) Los programas con una orientación positiva de la salud mental tienen una ventaja adicional, que es facilitar el acceso de algunas personas, que no van a donde un psiquiatra o psicólogo por miedo a una estigmatización como “enfermo mental”.

Ahora bien en el año 1997 se realizó por primera vez un estudio en Fuerzas Militares (Toledo, González, y Sanabria 1997), que incluyó al Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea el cual arrojó el primer diagnóstico de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en personal activo. En el 2007, se realizó un estudio de calidad de vida y salud mental pero únicamente en la Fuerza Aérea Colombiana (González, Sanabria, Paredes, García, y Zuluaga 2007). Estos estudios han permitido a las Fuerzas Militares tener una aproximación a la situación en salud mental del personal activo.

Actualmente, los campos de confluencia entre la psicología y el contexto militar son diversos. Por ejemplo. Gal y Mangelsdorff (1991) citado por Magaz, Sandin, Chorot y Santed, (2004), en su libro *Handbook of military Psychology* identificaron seis líneas de investigación y actuación de la psicología en los contextos militares.

La primera se refiere a la selección de personal y a su adecuación al puesto, en el transcurso de la I Guerra Mundial desarrollaron los Tests Alpha y Beta de Inteligencia General, estos test fueron utilizados para identificar el nivel de inteligencia de los reclutas, para tomar decisiones administrativas sobre la asignación de puestos y para la admisión de oficiales instructores.

La segunda línea de investigación se centra en analizar los efectos sobre el rendimiento militar que tienen distintos factores humanos. La investigación se ha centrado sobre dos aspectos del estrés, el primero de ellos hace referencia a los diferentes activadores del estrés que están presentes en las situaciones de combate y sus efectos sobre el rendimiento, y el segundo a las estrategias que han demostrado ser más efectivas para reducir y controlar el estrés en las poblaciones militares (Bartone, 1998).

La tercera línea de investigación ha examinado la influencia de distintos factores medioambientales sobre la actuación militar. Así, se estudia el rendimiento humano en ambientes muy cálidos, muy fríos o, muy ruidosos, mientras se actúa en altitudes muy altas, en presencia de gases tóxicos, trabajando en vehículos de combate que alcanzan altas tasas de aceleración y vibración, o sistemas armamentísticos que conllevan enfermedades del sistema motor, con el fin de mejorar el rendimiento de los combatientes en el campo de batalla.

La cuarta línea de investigación se ha referido a la capacidad de mando en la actuación militar.

La quinta línea de investigación hace referencia a la conducta individual y de grupo, en concreto a la moral que es definida como una función de cohesión y espíritu de cuerpo.

Finalmente, la sexta línea de investigación que se centra en la intervención clínica y consultiva, con tareas de evaluación, prevención y tratamiento de los soldados y sus familiares durante los extensos períodos de paz y apoyo a las fuerzas combatientes durante los períodos de conflicto (Nichols, 1991).

En la bibliografía encontrada se evidencia que a partir de la Guerra del Golfo (1990-1991) se incrementaron los estudios con veteranos de Estados Unidos. Algunos estudios evaluaron el impacto de la experiencia de la Guerra del Golfo sobre la salud física, mortalidad y salud mental en general, estrés postraumático, ansiedad y trastornos psiquiátricos.

Por su parte, los ingleses han desarrollado varios estudios con veteranos en salud física, salud mental y en riesgo ocupacional. También existen trabajos con ejércitos

alemanes y australianos en temas relacionados con salud mental. Todos estos estudios muestran el interés de los investigadores por la población militar, dado su alto riesgo de tener algún problema médico o de salud mental, y con el fin de tener elementos de intervención preventivos para disminuir el impacto negativo en estas personas, Guerra del Golfo (1990-1991)

Por otro lado, a nivel mundial se encuentra la misión de ISAF- Afganistan que es la intervención psicológica que realiza el servicio de Psicología de la FSB la cual se basa en los siguientes pilares: el apoyo al personal, tanto en su vertiente asistencial como preventiva, el asesoramiento técnico al mando, la atención y asistencia a las familias la realización de otras misiones secundarias (Martinez, Sanchez y Pery, 2012)

Apoyo al personal: el apoyo personal incluye, la asistencia psicológica, la formación y prevención y otras medidas favorecedoras del bienestar general de las tropas, Asistencia psicológica: la labor clínica y asistencial constituye una de las actuaciones fundamentales y prioritarias del servicio de psicología, al estar encuadrado dentro de la estructura sanitaria del ROLE 2 (Martin 2010). Esta labor se desarrolla mediante la intervención psicológica en el personal militar y civil, fundamentalmente español. En este caso del personal español la intervención abarca desde la evaluación y diagnóstico a la aplicación de estrategias terapéuticas.

De esta manera se visualiza que las actuaciones de la psicología militar en la misión de ISAF- Afganistan son variadas y diversas y tienen como objetivo primordial el cuidado y mejora de la salud psicológica del personal, para favorecer de esa manera su adaptación a zona de operaciones. (Martinez, y Pardo, 2012).

Claramente en las investigaciones revisadas se sostiene que el ámbito militar siempre ha sido un campo de importancia para la psicología, pero son pocos los trabajos que centran su interés en el día a día, y sobre todo en los aspectos positivos de la vida militar. Explorar estos aspectos se vuelve fundamental por varias razones, (Skomorovsky, 2013; Sümer & Sümer, 2007).

En primer lugar, el trabajo militar es un espacio que, comparado con muchos de los trabajos realizados por civiles, demanda condiciones no sólo físicas sino también psicológicas específicas (Skomorovsky, 2013; Sümer & Sümer, 2007) Esto se debe a que los militares deben afrontar ciertas demandas y situaciones adversas dentro de las que se encuentran las relocalizaciones frecuentes, viviendas temporales, separaciones, participación en actividades potencialmente peligrosas, entre otras (Burrell, Adams, Durand, & Castro 2006).

Estos estresores tienen consecuencias no solo en la persona del militar sino también en el núcleo familiar (Sudom, 2010). Los estudios del bienestar psicológico centran el interés en el desarrollo personal de los individuos, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir metas (Ryff, 1989). Según Ryan y Deci (2001), enfatizan el proceso y la consecución de aquellos valores que hacen a los individuos sentirse vivos y auténticos, que los hace crecer como personas e individuos y no tanto a las actividades que brindan placer o apartan del dolor (Durand, & Castro, 2006).

Si se quiere mejorar el estado de salud mental se requieren unas políticas institucionales y un compromiso en todos los niveles de mando así como del personal del área de salud mental, para favorecer las condiciones que mejoren la calidad de vida

y propendan por la salud mental de los integrantes de la institución militar, (Gonzalez, Sanabria, y Zuluaga, 2010).

Igualmente, estos resultados deben servir para evaluar, redireccionar y focalizar las diferentes políticas y programas de bienestar y de promoción y prevención en salud mental que tiene actualmente la Fuerza Aérea, con el fin de evitar la presencia de psicopatologías en el personal, las cuales tendrían un alto costo para el individuo y para la Fuerza. Finalmente se espera que este trabajo estimule el interés de la Fuerzas Militares y de los investigadores para incrementar el número de trabajos científicos en la población militar (Gonzalez, Sanabria, y Zuluaga, 2010).

Es un hecho que la producción científica sobre los militares viene aumentando, sin embargo, todavía es necesario expandir la producción científica, considerando la cantidad existente de estos profesionales los estudios todavía son inexpresivos. El tema viene conquistando espacio en el medio académico, posibilitando fundamentar intervenciones enfocadas en minimizar el efecto negativo del trabajo en la salud mental. Valor de esta relación es a considerar la importancia del papel de la policía militar en la sociedad (Silva, 2009).

Marco teórico

Salud Mental

La salud mental algo más que la ausencia de enfermedad

Más que ausencia de enfermedad, la salud mental implica estar en buenas condiciones. En el año 2003, George Vaillant en los EUA comento que la salud mental es demasiado importante para ser pasada por alto. La salud mental necesita ser definida. Según (Vaillant2003), esta es una tarea compleja “salud mental promedio” no es lo

mismo que “saludable”, ya que promedio siempre incluye mezclar con el termino saludable la cantidad prevalente de la psicopatología, lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura, y el momento histórico.

Es así como la definición de salud mental dada por la cultura puede ser propia de la religión e incluso, si la salud mental es ‘buena’, aún así Vaillant citado la (OMS, 2004) propugna que debe prevalecer el sentido común y que ciertos elementos tienen una importancia universal para la salud mental.

La organización Mundial de la Salud define la salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La salud mental según la Ley 1616 del 2013 se define 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.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas,(Ley 1616 del 2013).

Dimensiones de la salud mental

Según la OMS los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar

nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales (OMS, 2013).

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (OMS, 2013).

La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer (OMS, 2013)

La promoción de la salud mental como parte integral de la salud pública

La salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermedades mentales, los cuales en los países desarrollados y en vías de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación. La asociación entre pobreza y trastornos mentales parece ser universal, ocurre en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo. Los factores tales como la inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales (Patel & Kleinman, 2003).

Se ha observado ampliamente que la salud mental y la enfermedad mental radican fuera de la salud pública tradicional, considerando que sus conceptos fundamentales sobre salud y enfermedad son de origen multifactorial (Cooper 1993), las consecuencias son dobles. En primer lugar, la oportunidad para mejorar la salud mental en una comunidad no se ha explotado en su totalidad. En segundo lugar, los esfuerzos organizados en los países para reducir la carga social y económica de las enfermedades mentales tienden a defender mayormente de tratamiento de individuos enfermos.

Las enfermedades mentales son comunes y universales. A nivel mundial, los trastornos mentales y de conducta presentada en 1990 reportan el 11% de la carga total de enfermedad, expresado en términos de años de vida ajustados por discapacidad (OMS, 2001); se predice que para el año 2020 esto va a aumentara un 15%. Los problemas de salud mental también resultan en una serie de costos para la sociedad.

La depresión fue la cuarta causa más importante de aportación a la carga de enfermedad en 1990 y se espera que para el 2020 sea la segunda causa en importancia después de la enfermedad cardíaca isquémica. Aun así, la mayoría de los gobiernos y sociedades no les han brindado la debida atención a los temas de las enfermedades mentales y la salud mental (OMS, 2001).

Según lo anterior datos recientes recopilados por la OMS demuestran la gran diferencia que existe entre los recursos que están disponibles en los países para la salud mental y la carga causada por los problemas de salud mental

Esta falta de atención está basada por lo menos en parte, en la conclusión y falsas suposiciones acerca de conceptos separados de salud mental y enfermedad mental, ha movido el uso eufemístico del término “salud mental” para describir los servicios de tratamiento y apoyo a personas con trastornos mentales y otros asuntos relacionados con problemas de salud mental. Este uso contribuye a la confusión existente con respecto al concepto de salud mental, así como el concepto de enfermedad mental

Aun así, los dos objetivos gemelos de mejorar la salud mental y disminuir los costos personales y sociales de los problemas de salud mental, solo se pueden lograr a través de un enfoque de salud pública, (Sartorius 1998; VicHealth 1999; Hosman 2001; Herman 2001; Walter, moodie Herrman 2004). Dentro del marco de salud pública, las actividades que pueden mejorar la salud incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Salud mental y derechos humanos

Respecto a este tema, un clima que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la regularidad y la libertad de brindar estos derechos es muy difícil mantener un alto nivel de salud mental, (Gostin, 2001, citado por la OMS, 2004).

Un marco de derechos humanos ofrece una herramienta útil para identificar y abordar los determinantes subyacentes de la salud mental. Los instrumentos que conforman el mecanismo de la organización de las naciones unidas ONU para los derechos humanos, representan un conjunto de valores y principios universales aceptados que pueden guiar a los países en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas leyes y programas sobre salud mental (OMS, 2004).

La promoción de la salud mental no es solo responsabilidad de los ministerios de salud. Requiere la capacitación de una amplia gama de sectores, actores y partes interesadas. Los derechos humanos abarcan dimensiones civiles, culturales, económicas, políticas y sociales; y proporcionan así, un marco intersectorial para considerar la salud mental a través de la amplia gama de determinantes de la salud mental (OMS,2004).

Salud mental positiva

La evidencia para la promoción de la salud mental depende de la definición, medición, y registro de la salud mental. Durante los treinta años, la investigación ha contribuido a un entendimiento acerca del significado del término ‘salud mental’, aunque este entendimiento ha estado constreñido por el hecho de que gran parte de la evidencia que esta ampliamente disponible, está registrada en idioma ingles y se obtuvo en países desarrollados (OMS, 2004).

La salud mental ha sido conceptualizada en formas diferentes como una emoción positiva (afecto), tal como los sentimientos de felicidad, incluso un rasgo de personalidad de los recursos psicológicos de la autoestima y control, y como resiliencia o como capacidad para hacer frente a la adversidad. Los diferentes aspectos y modelos de la salud mental contribuyen a nuestro entendimiento el significado de la salud mental positiva, los respectivos aspectos son contexto cultural, tipos de personalidad, dimensión afectiva, enfoque saludogenico, resiliencia, enfoque psicoanalítico y enfoque de calidad de vida (OMS, 2004).

Programas de salud mental

Según La Dirección General de Sanidad (2012), El plan maestro integral de salud mental para las fuerzas militares comprende un conjunto de programas y ejecución de actividades articuladas para el mejoramiento de la calidad de vida, el desarrollo integral del ser humano, la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación en salud mental, de los miembros de las fuerzas militares y sus familias, materializando en hechos concretos, observables, medibles, y reproducibles, donde el personal al servicio de las fuerzas militares, sus familias, su comunidad y la institución castrense sean artífices de su propio cambio y evolución y cada uno de ellos se comprometa a ser motor del progreso de esta nación.

Tabla 1 Programas de salud mental

Programas	Subprogramas	Pertinencia del programa	Objetivos del programa
Programa promoción de la vida	Proyecto de vida /amor por la vida.	Según la dirección general de sanidad militar, todo individuo	Entrenar al personal del ejército nacional en habilidades para detectar y dar manejo a factores

<p>(prevención de suicidios)</p>	<p>Detección de conductas de riesgo suicida, auto esquemas/ autoestima</p> <p>Inteligencia emocional y habilidades sociales</p> <p>Afrontamiento de perdida / duelo.</p>	<p>tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona; cada hombre y cada mujer de las fuerzas militares debe proteger y preservar su vida para así poder proteger y preservar la vida de sus compañeros, familia y de la población.</p> <p>Las tensiones normales de la vida pueden sobrepasar las habilidades para controlar emociones e impulsos, por eso se requiere que todos los integrantes de la fuerza desarrollen competencias psicológicas que los habiliten para</p>	<p>de riesgo en salud mental, tales como ideación suicida, depresión, ansiedad, baja autoestima, deficiencias en inteligencia social y emocional.</p> <p>Brindar acompañamiento e incentivar en el personal de la fuerza, la construcción objetiva y sostenible de un proyecto de vida fundamentado en los valores orientados por la institución.</p> <p>Fortalecer en los miembros de la institución en estrategias para comprender y afrontar e duelo (de todo tipo) y para hacer frente a la adversidad manteniendo la moral alta y el sentido de vida.</p> <p>Prevenir la ocurrencia de suicidios, intentos de suicidio y conductas autolesivas</p>
----------------------------------	--	---	---

		<p>afrontarlas y salir adelante ante cualquier situación o una luz de esperanza, aun en las situaciones más adversas</p>	
<p>Programa de hábitos de vida saludable</p>	<p>Prevención del consumo de spa.</p> <p>Manejo adecuado del tiempo libre</p> <p>Manejo del estrés, ETS y VIH</p> <p>Manejo del dinero / economía familiar.</p>	<p>El desarrollo de hábitos de vida saludable, es necesariamente el soporte de la salud mental.</p> <p>Al desarrollarlos toda persona asegura las condiciones mínimas para prevenir el desarrollo de rasgos y trastornos psicológicos, tolerar las situaciones adversas, fortalecer las competencias emocionales, sociales e intelectuales, y asegurar la salud física en general.</p>	<p>Brindar a los miembros de la fuerza herramientas para una vida sostenible y saludable</p> <p>Informar y advertir a la fuerza sobre los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol y su relación con rasgos y trastornos psicológicos.</p> <p>Detectar los casos de consumo de sustancias psicoactivas e informar a la dirección de sanidad a fin de realizar control y seguimiento.</p> <p>Orientar a los miembros de la institución para el uso adecuado del tiempo libre en actividades</p>

		<p>Por tanto, los miembros del ejército nacional deben tener un comportamiento coherente y ejemplar que brinde seguridad y confianza a la población civil.</p>	<p>que fortalezcan sus relaciones familiares y sociales</p> <p>Entrenar al personal para modular la respuesta de estrés, encontrando los niveles óptimos que garanticen un estado funcional.</p> <p>Brindar herramientas a miembros de la fuerza para un manejo adecuado a su economía, ajustado con su proyecto de vida y realidad familiar y personal.</p>
<p>Programa de salud mental operacional</p>	<p>Adaptación militar.</p> <p>Manejo del estrés en combate, primeros auxilios psicológicos.</p>	<p>Los hombres y mujeres que integran la institución son el bien más preciado que esta posee, y se convierten en los únicos garantes del cumplimiento transparente de los objetivos.</p>	<p>Brindar herramientas psicosociales a los miembros de la fuerza que les permitan adaptarse a la vida militar, a las condiciones impuestas en cada uno de los territorios y para que desarrollen compromiso, trabajo de equipo y liderazgo.</p>

	<p>Liderazgo operacional.</p> <p>Fomento espíritu de cuerpo, ética y factores humanos de vuelo.</p>	<p>Es imperativo que lleven a cabo todos los esfuerzos para asegurar la salud y la estructuración mental del militar, de modo tal que pueda soportar los rigores de la ida diaria y ajustarse a las expectativas de desempeño de su función.</p>	<p>Concientizar al personal sobre los estresores a los que pueden enfrentarse para que sobre esta base desarrollen herramientas para modular y controlar las respuestas emocionales.</p> <p>Entrenar al personal para dar manejo a situaciones de crisis psicológicas personales, de subalternos, superiores, compañeros y/o familiares.</p> <p>Fomentar el desarrollo, fortalecimiento y afianzamiento de los valores, principios éticos y morales, empoderamiento y pertenencia a la institución.</p> <p>Entrenar al personal de ejército que desarrolla operaciones áreas en competencias psicológicas específicas.</p>
--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Este plan, se construye en un planteamiento estratégico sobre el actuar de las diferentes instancias representativas de la salud mental. La importancia de la responsabilidad desde el comandante de las unidades hasta el personal de sanidad y demás miembros de los equipos interdisciplinarios, redonda en el estudio de los eventos en salud mental; para tomar acción conjunta y disminuir o mitigar sus efectos en el personal militar

Teniendo en cuenta la misión general de La dirección de sanidad del ejército, la cual imparte instrucciones a los psicólogos militares que se encuentran en unidades operativas menores, unidades tácticas, fuerzas de tarea y a los directores de establecimientos de sanidad militar para que a partir de la fecha junto con el personal de salud mental, coordinen estrategias de promoción y prevención según los parámetros establecidos en esta directiva, con el fin de mitigar factores de riesgo y promover agentes protectores que incidan en la salud, dando cumplimiento a las políticas en salud pública que son de obligatorio cumplimiento en el subsistema de salud de las fuerzas militares.

Plan de acción sobre salud mental

Según la OMS la visión del plan se manifiesta en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención de salud y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, todo ello con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.

Existen varios enfoques transversales que hacen parte del plan de acción de la Salud Mental:

Cobertura de salud universal: independientemente de la edad, sexo, situación socioeconómica, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

Derechos humanos: Las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

Práctica basada en la evidencia: Las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.

Tabla 2 Objetivos y metas del plan de acción en salud mental

Fuente: Elaboración propia

Objetivos	Metas
Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	Meta mundial 1.1: el 80% de los países habrá elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos

	internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).
	Meta mundial 1.2: el 50% de los países habrá elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).
Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completo, integrado y con capacidad de respuesta.	Meta mundial 2: la cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020).
Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.	Meta mundial 3.1: el 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).

La finalidad de dichos objetivos y metas trazadas por parte de La Dirección General de Sanidad (2012), es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos

	Meta mundial 3.2: se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).
Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.	Meta mundial 4: el 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información en salud y social (para el año 2020).

humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales; de esta finalidad constatada anteriormente se divide en los siguientes pilares:

Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: Las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: infancia, niñez, adolescencia, edad adulta y ancianidad.

Enfoque multisectorial: La respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.

Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: Las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la

legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

Sentido de Vida

Logoterapia

Víctor Frankl

La logoterapia y el análisis existencial como corriente de pensamiento y metodología de análisis del comportamiento humano dirigido a capacitar al cliente a descubrir significado en su vida, nace en la década de los 30 con Víctor Frankl (1905-1997), un médico, psiquiatra, neurólogo y filósofo, quien integro en una propuesta teórica diferentes pensadores existenciales dando como resultado una propuesta humanista-existencial que resalta la espiritualidad (no religiosidad) como algo específicamente humano (Guttman, 1998).

Víctor Frankl fue un médico judío que vivió los estragos de la segunda guerra mundial y estuvo durante varios años en los campos de concentración nazi, donde pudo poner a prueba sus postulados sobre el sentido de vida y sufrimiento humano, de cuyo trabajo se desprende una perspectiva de pensamiento con influencia de diferentes pensadores existenciales como Scheler, Buber y Jaspers, de aproximación cognitiva y sustentada epistemológicamente desde las corrientes fenomenológicas y constructivistas (Martínez, 2007).

Bases filosóficas de la logoterapia

La logoterapia se sustenta en el pensamiento de diferentes filósofos de corte existencial como Scheler, Buber, Jaspers, Husserl y Heidegger, quienes le aportaron en mayor medida sustento a la propuesta de Víctor Frank sobre el sentido de vida y el sufrimiento humano.

Entre esos autores se puede encontrar a Max Scheler, quien tiene puntos de encuentro con la logoterapia en su propuesta fenomenológica de conservar lo específicamente humano de los fenómenos humanos como lo es la intencionalidad de sus actos, la diferenciación de lo humano del resto de los animales, la capacidad humana de autodistanciarse y autotrascenderse, los valores y la voluntad de sentido (Martínez, 2014). Estos elementos se encuentran muy presentes en la logoterapia, pudiéndose afirmar que Scheler es el pensador que más puntos de encuentro con Víctor Frankl tiene.

De igual manera Allers busca comprender el otro significado de la existencia partir del punto de vista del otro, es decir, cada individuo es sin duda un universo propio con experiencias en relación con la autenticidad en la que lleva su existencia. (Allers, 1959)

Jaspers por otra parte considera que el hombre es autónomo y responsable de sus actos y sus propias decisiones, por tal razón tienen un destino que no está determinado, el cual puede cumplir por sí mismo sin la intervención de otros, a diferencia de los animales los cuales ya tiene su destino cumplido por las leyes naturales o instinto (Jaspers, 1999).

Por otra parte, el ser humano está envuelto en una serie de situaciones cambiantes que de no ser aprovechadas en el momento no vuelven a suceder, generando de este modo en el individuo sufrimiento y culpa, situaciones que son esenciales en la existencia del hombre, llamadas también situaciones límite, ya que pueden llegar a formar caos y poner a prueba los recursos “internos” de los cuales dispone el sujeto, para resolver dichas dificultades relacionadas con su existencia. (Jaspers, 1985).

Cabe resaltar que los seres humanos reaccionan a nivel de percepción ante las situaciones que enfrentan diariamente, es importante mencionar que, aunque dicha percepción tiende a transformarse o cambiarse de manera involuntaria, lo que establece la conducta del individuo en el contexto en el cual se encuentra es el modo de percibir los acontecimientos o sucesos vividos. (Amar, 2001)

Martin Buber, es otro de los filósofos que se ha relacionado con el tema de la libertad y la espiritualidad, la relación y el encuentro que en otras palabras no es más que la reciprocidad en la relación de yo-tú, es decir esta diada no puede ser generada desde mí, pero si darse en mí, lo que puede significar que el hombre es el yo en el tú, dejado de ver, tratar y hablar al otro como un objeto, sino reconociendo su valor, confirmándolo y aceptándolo como un ser, compuesto de habilidades, defectos y cualidades que hacen parte de su existencia (Buber, 1998)

Qué es la logoterapia

La Logoterapia se estableció como un enfoque psicoterapéutico independiente, el cual se centra en el significado y propósito de la vida y existencia humana, por la que hombre es el único responsable de asumir el sentido de su existencia e implementa los recursos del espíritu humano (Gengler, 2009)

Dice Frank, (1994): En la Logoterapia entendemos, en general, por sentido el sentido concreto que una persona concreta –en virtud de su voluntad de sentido– es capaz de deducir de una situación concreta. Una capacidad, gracias a la que está capacitado para percibir, en el trasfondo de la realidad, una posibilidad de cambiar esta misma realidad o, por el contrario, si esto fuese realmente imposible, de cambiarse a sí mismo en la medida en que nosotros también podemos madurar, crecer, superarnos a

nosotros mismos por un estado de sufrimiento cuya causa no se puede anular ni eliminar, de forma que la vida guarda su potencial carácter de sentido.

A nivel general, la logoterapia y el constructivismo comparten una visión de hombre proactivo y no reactivo, participe de su vida, en palabras de Mahoney & Freeman (1988): “Somos claramente, tanto el sujeto como el objeto de nuestra búsqueda, el que produce el cambio como el que cambia, y el único organismo conocido que piensa, siente, actúa y es capaz de autoconciencia”; como se expuso en el punto sobre la aproximación cognitiva de la Logoterapia, la visión de ser humano se opone al reactivismo de las posturas objetivistas, acercándose totalmente a la postura constructivista que considera al hombre, predicativo, planificador y orientado hacia fines (Neimeyer, 1998, Feixas & Villegas, 2000). Es una perspectiva de la estructura teórica de la PCS, describiendo la teoría de la Noodinamia, la teoría del enfermar y la teoría del cambio.

Pilares de la logoterapia

Libertad de la voluntad

La Logoterapia plantea como una manifestación de la persona a la libertad humana, que a pesar de ser finita en el organismo psicofísico, se antepone desde lo espiritual a esta finitud. Esta libertad se despliega a través de una capacidad específicamente humana como lo es el Autodistanciamiento y el ejercicio del poder de resistencia del espíritu o antagonismo psiconoético.

Según Frankl (1994), es una libertad frente a tres cosas: primero frente a los instintos, segundo frente a la herencia y en tercer lugar frente al medioambiente. Con relación a los instintos el hombre los posee, más no son ellos los que lo poseen a él; por otro lado frente a la herencia y el medioambiente, así como ante los instintos, el ser

humano puede encontrarse condicionado más no predeterminado o totalmente finalizado.

El análisis existencial plantea que el hombre es responsable de la realización del sentido y los valores (Frankl, 1994). Es decir, el hombre está llamado a la realización del sentido de su vida y de los valores que le dan significado a la misma, y ante este llamado, es responsable.

De igual forma la Logoterapia refiere una responsabilidad ante algo y ante alguien. Ante algo definido como la conciencia y ante alguien enmarcado en la capacidad específicamente humana de la autotranscendencia dirigida al encuentro con el otro y con una dimensión trascendente.

Finalmente, la responsabilidad puede entenderse como la habilidad de dar respuesta a las preguntas que plantea la vida y como la capacidad de asumir las consecuencias de las elecciones realizadas.

Voluntad de sentido

En el sistema logoterapéutico se introduce una teoría motivacional denominada voluntad de sentido la cual se relaciona con la autotranscendencia que caracteriza al ser humano, puesto que ella “radica en el hecho fundamental de que el hombre apunte más allá de si mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, a esto Frankl suele describirlo con el concepto de voluntad de sentido” (Frankl, 1994).

Mientras las voluntades de placer y de poder consideran como fin último de la existencia la consecución del placer y del poder, la Logoterapia argumenta que los mismos son consecuencias de alcanzar un fin y no el fin en sí, motivo por el cual se promueve un estado de frustración que conlleva al surgimiento del vacío existencial.

En cuanto a la voluntad de sentido ésta no busca alcanzar el poder ni el placer, ni siquiera la felicidad, pues su interés es el encuentro de un argumento, una razón para ser feliz.

Sentido de Vida

El sentido de vida es único e irrepetible para cada persona, es un constructo que apela a la coherencia y le confiere a la vida orientación, coherencia, unidad y propósito; además de ser el primer fundamento de la antropología frankliana, (Frankl, 1994).

Adicionalmente es posible argumentar que el sentido de la vida existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, que el hombre es libre para buscarlo y que esa tensión entre lo que es y lo que debe ser lo motiva para encontrarlo. Es decir, el sentido de la vida se contiene en la vida misma. La vida como hecho fáctico que “es”, al mismo tiempo “es posibilidad” de ser y es ante esta posibilidad que el hombre responde y descubre un sentido para su vida (Martínez, 2002).

En sí, el sentido de vida es la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una situación particular o la vida en general, confiriéndole a la persona coherencia e identidad personal (Martínez, 2007, 2009).

Según la Logoterapia existen tres caminos para encontrar sentido, en primer lugar los valores de creación que hacen referencia a dar algo o trabajar, seguido de los valores de experiencia que significa vivenciar algo o en la experiencia del amor y/o en aquello que recibo para mí y último pero no menos importante los valores de actitud los cuales básicamente se refieren a asumir el sufrimiento ineludible e inevitable de la vida, ante aquello que en Logoterapia se llama triada trágica: Sufrimiento, culpa y muerte (Frankl, 1994).

La triada de valores de la Logoterapia ya mencionada anteriormente se refiere a valores objetivos que pueden incluirse en esta estructura triádica; mas no se refiere a formas de valorar puesto que no se considera al mundo de los valores como subjetivo. Y aunque el sentido es único para cada persona y situación concreta, los valores se hacen evidentes en dichas situaciones permitiendo que a través de ellos se haga evidente el sentido. (Frankl, 1994).

La espiritualidad humana

Es la Logoterapia, la psicoterapia que privilegia la dimensión espiritual del ser humano, sin desconocer las otras dimensiones que lo constituyen y al mismo tiempo evitando la supervaloración de lo psicológico. Ahora bien, es tal vez el término espiritual el que mayor defensividad y ambigüedad teórica despierta en los psicólogos que intentan acercarse a la Logoterapia; sin embargo, la dimensión espiritual o noética no es una realidad tan abstracta como parece y aunque no sea una realidad óptica sino más bien ontológica, puede ser comprensible y además, necesariamente comprensible, pues la misma no es sólo la dimensión propia del hombre sino que es la dimensión específica del mismo (Frankl, 1994), la dimensión que lo diferencia e integra en una unidad múltiple que lo hace humano.

Existen algunas características de la espiritualidad humana:

Lo espiritual es potencia pura (Frankl, 1994), no posee una realidad sustancial, es mera posibilidad de manifestación.

Lo espiritual brinda unidad y totalidad a la persona humana, es la dimensión integradora que sólo en un nivel heurístico puede verse separada de su organismo psicofísico (Frankl, 1994).

Lo espiritual hace consciente lo estético, lo erótico y lo ético en una tensión fecunda de su propia intencionalidad (Frankl, 1994).

Lo espiritual es autoconciencia (Frankl, 1994, 1999), es diálogo consigo mismo.

Lo espiritual es doblemente trascendente en su intencionalidad y reflexividad (Frankl, 1999).

Lo espiritual es el núcleo sano de la persona, la dimensión que no enferma (Frankl, 1999).

Lo espiritual ejerce presencia en sentido ontológico (Frankl, 1994), es un estar junto a que no se concibe en términos espacio-temporales.

La dimensión noológica debe definirse como esa dimensión en la que se localizan los fenómenos específicamente humanos (Frankl, 2001).

Lo espiritual es aquello que instrumentaliza al organismo psicofísico, utilizándolo como mecanismo de expresión (Frankl, 1994, 1994).

Lo espiritual es el centro de recursos noéticos (autotrascendencia y autodistanciamiento), entre otros.

La dimensión noética al ser potencia pura, se reconoce en su realización, requiriendo del organismo psicofísico para su expresión. Si bien, lo físico y lo psicológico forman una unidad íntima (Frankl, 1994), ésta no es la mismidad de la persona, no es la totalidad, pero sí es necesario para la expresión de lo espiritual.

Según lo mencionado anteriormente es importante establecer que la espiritualidad es la conexión que tiene el ser humano para entenderse a sí mismo y de este modo encontrar el significado, propósito y valor del ser, de igual manera cabe resaltar que esta es la que permite sentir la vida en un aspecto personal y social con el fin de constituir al individuo como un todo lleno de sentido (Bianchi, 2009).

La espiritualidad no consciente

En la espiritualidad no consciente, el ser humano tiene un deseo o fin por llegar a trascender más allá de llegar a complacer los deseos materiales o necesidades básicas que se tiene en el momento, esta espiritualidad se convierte en un pilar fundamental para dar una explicación y pleno entendimiento de la logoterapia en relación con los aspectos ontogenéticos y filogenéticos de la dimensión noética (Martínez, 2007).

Recursos noéticos

Los recursos noéticos según (Frankl, 1992, 1999) son el conjunto de fenómenos, capacidades o manifestaciones espirituales, expresadas por el Autodistanciamiento y la Autotrascendencia. En otras palabras, son características antropológicas ineludibles, aunque si restringibles por su organismo psicofísico. Los recursos noéticos no están en lo psicofísico, ni siquiera “están” en ninguna parte, no son una realidad óptica, no tienen materia, son potencia pura, son posibilidad de manifestación.

Frankl (1994) hace algunas aclaraciones respecto a lo que es una persona para entender un poco mejor lo que son los recursos noéticos, afirmando que es aquello que puede comportarse libremente, en cualquier estado de cosas es decir, la persona es aquella dimensión del hombre que es capaz de oponerse siempre, oponerse a cualquier posición: no sólo a una posición externa, sino también interna; pero la posición interna es exactamente eso que se llama disposición de tal forma que la persona es dinámica, es facultativa y se expresa fenomenológicamente a través de su organismo psicofísico en aquello en aquello que se denomina personalidad.

Existen procesos de restricción de lo noético, haciendo referencia a la vulnerabilidad como la restricción del ser como posibilidad, la baja o poca permeabilidad de la persona frente a lo que ha hecho de si misma, es decir, la disminución de su responsividad.

En dicha restricción, la persona espiritual es impotente e invisible, impotente ante su organismo, pues no puede instrumentalizarlo, e invisible, pues no puede expresarse a través del organismo afectado,

A este punto es importante aclarar que la enfermedad psicofísica puede perturbar, más no destruir, a la persona. Lo que la enfermedad puede destruir es el organismo psicofísico. Este organismo constituye el campo de acción y el campo de expresión de la persona. El desarreglo del organismo significa, en consecuencia, nada menos, pero nada más, que un bloqueo del acceso a la persona.

La restricción noética puede darse de dos maneras: Primeramente por escasa maduración psicofísica o sea que no alcanza el nivel adecuado para la expresión de lo espiritual (retraso mental, enfermedades que impiden el desarrollo...) o, en segundo lugar por afección del organismo psicofísico que restringe o impide la instrumentalización del mismo por la persona espiritual (desarrollo de trastornos de personalidad, trastornos afectivos y de ansiedad, condiciones de preponderancia biológica...).

Los recursos noéticos propuestos en la logoterapia son:

Autodistanciamiento:

Se entiende como la “*capacidad específicamente humana de tomar distancia de sí mismo, de monitorear y controlar los propios procesos emotivo-cognitivos*”.

(Martínez, Díaz y Jaimes, 2010).

El autodistanciamiento incluye las capacidades metacognitivas del ser humano, pues estas representan es el conocimiento que uno tiene y el control que uno ejerce sobre la propia actividad cognitiva, así como de las sensaciones o sentimientos que acompañan dicha actividad, relacionadas con el progreso hacia las metas, que pueden

llegar a ser interpretadas conscientemente (Mateos, 2001), de tal forma que cuando se habla de metacognición se está hablando de autodistanciamiento.

Esta capacidad humana de autodistanciarse, de ejercer la autoconciencia no solo para verse en situación, sino para regular sus propios procesos –o como se diría en logoterapia: para manifestar el poder de oposición del espíritu. Este recurso permite al ser humano ejercer la autodistancia al igual que la autoconciencia, con el fin de manifestar el poder que se tiene en la oposición del espíritu y de este modo llegar a regular los propios procesos.

Autocomprensión

Este recurso se establece como la capacidad del individuo para monitorear y hacer seguimiento a los propios procesos cognitivos, a las emociones o sentimientos y conductas, situándose dentro de la situación o contexto en el que se encuentra, y de este modo definiendo el rol que este tiene a nivel personal social y del mismo modo la participación en lo que le sucede en el contexto al cual pertenece. (Arango. Et al, 2015)

Autorregulación

Se entiende como “*el poder de resistencia del espíritu, implica la capacidad de distanciarse de sí mismo y tomar una postura para decidir consciente y voluntariamente sobre su propia existencia*” (Castellanos, Martínez, Hurtado y Estrada, 2012).

Este recurso se puede evidenciar cuando se admitir y tolera la molestia psicofísica, evitando que esta situación sea la que guie la forma de proceder del ser humano en relación a la experiencia.

Autoproyección

Es entendida como “*la capacidad de verse a sí mismo de otra manera*” (Castellanos, et al, 2012), del mismo es la posibilidad de predecir lo que puede llegar a pasar, permitiendo así que el individuo logre formar el “*si mismo ideal*”.

Autotrascendencia

Es la capacidad voluntaria de la conciencia para enfocarse hacia algo o alguien significativo, también manifiesta el hecho de que el individuo se dirige y se encuentra encaminado hacia algo más que sí mismo. (Frankl, 1988).

Este recurso también se entiende como la tensión evidenciada entre el ser y deber ser que le permite al individuo establecer el sentido de vida.

Diferenciación

Esta se establece como el nivel de distinción personal (interna) y social (externa) de los recursos propios al igual que los de los demás, por otra parte desde este enfoque se evidencia el reconocimiento de las demás personas como seres auténticos y válidos, que desarrollan con el transcurso del tiempo la aprobación, aceptación, respeto, entre otros por la diferencia (Castellanos, et al, 2012)

Afectación

Este recurso es conocido como la voluntad de sentido y se entiende como la tensión entre el ser y el deber del ser, el sentido y los valores del ser humano, cabe resaltar que los valores propuestos en este recurso atraen a la persona para que de este modo tengan un contacto permanente por medio de la percepción afectiva, en donde sea posible captar y vivir de manera emocional lo captado. (Martínez, 2007)

Entrega

La entrega como recurso noológico, puede entenderse como la realización del sentido el cual es atraído por la noodinamia (capacidad de afectación), es importante mencionar que el ser humano no alcanza a convertirse de manera satisfactoria en sí mismo si no se entrega en la realización total de una tarea o actividad, una vez se olvida de sí mismo y se pone al servicio de una causa o al entregarse al amor de otra persona consigue como resultado y consecuencia que la autotrascendencia sea visible y permita de este modo potencializar, la espiritualidad bien expresada. (Frankl, 1992).

Estructura de la psicoterapia centrada en el sentido

La Psicoterapia Centrada en el Sentido (PCS) cuenta con una estructura teórica acerca de la praxis que describe los procesos de la persona, una teoría del enfermar y una teoría del cambio (Martínez, 2007), así como unos procedimientos técnicos que hacen referencia a la manera como se evalúa, se diagnostica y se interviene psicoterapéuticamente.

Respecto a la teoría del cambio en la Logoterapia se trabaja especialmente en el terreno de la actitud, siendo la Logoterapia y el análisis existencial dos caras de la misma moneda (Frankl, 1994), sin embargo, la PCS como aplicación de la Logoterapia al ámbito psicoterapéutico, también contempla la dimensión psicológica y el trabajo no sólo con el sentido de la vida y la dimensión espiritual, sino también con el significado y la dimensión psicofísica; es decir, la PCS es una psicoterapia que arranca desde lo espiritual, moviliza los recursos espirituales frente al organismo psicofísico, pero finaliza en un análisis existencial, entendido como una psicoterapia que orienta hacia lo espiritual, en otras palabras que ayuda dar a luz los contenidos espirituales.

En términos de la psicoterapia centrada en el sentido las personalidades auténticas usan la pasividad y la actividad correctas (Frankl, 1992, 1994, 2001,

Martínez, 2007, 2009, Lukas, 2004) como estrategias que buscan abrirse al mundo externo e interno, dejando salir la libertad humana para alcanzar la mejor versión posible de sí mismo en cada situación, es decir, la pasividad y la actividad correctas son desarrollos establecidos para dirigir la espiritualidad que se manifiesta ante la captación personal de valores y sentidos por realizar

Bases epistemológicas de la psicoterapia centrada en el sentido

La epistemología que plantea la Logoterapia “constituye un serio esfuerzo de integración donde confluyen las ciencias nomotéticas (con toda la investigación que se ha realizado y por realizar) y las ciencias ideográficas en su conjunto (Oro, 1991)”.

La PCS sería difícil de ubicar epistemológicamente dentro de una escuela pre-establecida, pues guarda diferencias y similitudes con todos los intentos de clasificación que se han realizado hasta el momento. La Logoterapia, por lo general, es incluida dentro de la categoría de la psicología humanista (Bühler y Allen, 1972), o bien es identificada con la psiquiatría fenomenológica (Spiegelberg, 1972) o la psiquiatría existencial (Allport, 1959; Lyons, 1961; Pervin, 1960). Sin embargo, en opinión de diversos autores, la Logoterapia es el único de dichos sistemas que ha logrado desarrollar técnicas psicoterapéuticas propiamente dichas (Frankl, 1994).

Aspectos éticos

La American Psychological Association es la principal organización científica y profesional que representa la psicología en los estados unidos. APA es la mayor asociación de psicólogos del mundo, con cerca de 130.000 investigadores, educadores, clínicos, consultores y estudiantes como a sus miembros. Su misión es promover la creación, la comunicación y la aplicación del conocimiento psicológico para beneficiar a la sociedad y mejorar la vida de las personas a través de: alentar el desarrollo y la

aplicación de la psicología de la forma más amplia, fomento de la investigación en psicología, la mejora de los métodos y condiciones de investigación y la aplicación de resultados de la investigación, la mejora de las calificaciones y la utilidad de los psicólogos mediante el establecimiento de altos estándares de ética, conducta, educación y logros. El aumento y la difusión del conocimiento psicológico a través de reuniones, contactos profesionales, informes, documentos, debates y publicaciones (APA, 2014).

La participación que tiene la ética en la cotidianidad del profesional, es valiosa en la presentación del Código Deontológico y Bioético, “el cual fue creado para el ejercicio de la profesión de psicología, siendo destinado a servir como regla de conducta profesional”, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley”, (LEY 1090, 2006).

En cuanto a la ley 1090 de 2006, título VII del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología, se cita el artículo 13. el presente código deontológico y bioético, está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley.

El ejercicio de la profesión de psicología debe ser guiado por criterios, conceptos y elevados fines que propendan a enaltecer su profesión; por lo tanto, están obligados a

ajustar sus actuaciones profesionales a las disposiciones de las siguientes normas que constituyen su código deontológico y de bioética.

Los psicólogos en todas sus especialidades, para todos los efectos del código deontológico y bioético y su régimen disciplinario contemplado en esta ley se denominarán los profesionales; En cuanto al artículo 14 de la presente ley: el profesional en psicología tiene el deber de informar, a los organismos competentes que corresponda, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión.

Además del artículo 15. El cual afirma que el profesional en psicología respetará los criterios morales y religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención, artículo 16. En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos.

Adicionalmente el artículo 17. El cual dicta que el profesional en sus informes escritos, deberá ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas de desvaloración discriminatorias del género, raza o condición social, artículo 18. El profesional nunca realizará maniobras de captación encaminadas a que le sean confiados los casos de determinadas personas, ni tampoco procederá en actuaciones que aseguren prácticamente su monopolio profesional en un área determinada.

Respecto al artículo 20. Cuando se halle ante intereses personales o institucionales contrapuestos, el profesional realizará su actividad en términos de máxima imparcialidad. La prestación de servicios en una institución no exime de la

consideración, respeto y atención a las personas que pueden entrar en conflicto con la institución misma y de las cuales en aquellas ocasiones en que legítimamente proceda, habrá de hacerse valedor ante las autoridades institucionales.

En cuanto al artículo 21. El profesional de psicología deberá rechazar, llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones o las comunidades.

Artículo 23. El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Artículo 25. La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos: a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente.

El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades; b) Cuando las autoridades legales lo soliciten, solo en aquellos casos previstos por la ley, la información que se suministre será estrictamente la necesaria; c) Cuando el cliente se encuentre en incapacidad física o mental demostrada que le imposibilite para recibir sus resultados o dar su consentimiento informado.

En tal caso, se tomarán los cuidados necesarios para proteger los derechos de estos últimos. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada

para recibir la misma; d) Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

Marco metodológico

Diseño

El presente estudio es no experimental de tipo transaccional correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) con el cual se busca identificar la relación existente entre las variables de salud mental y sentido de vida de la población militar asignada al rango de soldado bachiller en Colombia en un solo momento determinado.

El análisis de la información se realizará a través de la estadística descriptiva de tendencias para poder describir los datos sociodemográficos de la muestra y estadística inferencial para estimar los parámetros de la distribución muestral de las variables salud mental y sentido de vida a través de la prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Hipótesis

La presente investigación tiene como hipótesis:

A mayores puntuaciones de sentido de vida menores puntuaciones en deterioro de la salud mental en los soldados bachilleres de Colombia

Participantes

La presente investigación trabajo con una muestra no probabilística, voluntaria, compuesta por 110 soldados bachilleres entre los 18 y 28 años de edad pertenecientes al Batallón de Policía Militar No. 13 Sede Fagecor Indumil de Soacha y La Escuela de Artillería Carlos Julio Gil Colorado de Usme

Entre los criterios de inclusión en la muestra se encuentran los siguientes:

- Ser soldado bachiller en Colombia.
- Estar en un rango de edad entre los 18 y 28 años.

Entre los criterios de exclusión en la muestra se encuentran:

- Tener un grado superior a soldado bachiller de Colombia.
- Estar inactivo en el ejército nacional de Colombia.

Instrumentos

Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12: instrumento de tamizaje que evalúa la salud mental en población general y clínica y de mayor utilización a nivel mundial. Está constituido por doce ítems, siendo seis de ellos sentencias positivas y seis sentencias negativas. Los ítems están diseñados en escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3) y las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 36. Para Latinoamérica el punto de corte para trastornos mentales comunes se encuentra entre 11 o 12, dependiendo el contexto. El cuestionario presenta adecuada consistencia interna en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre .82 y .86. (1 anexo cuestionario).

En el contexto latinoamericano se ha desarrollado *la Escala Dimensional del Sentido de Vida* que intenta, a través de 18 ítems, evaluar el sentido de vida comprendido como la percepción afectiva y cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una situación particular o la vida en general, confiriéndole coherencia e identidad personal (Martínez, 2007, 2009, 2012). (2 anexo cuestionario).

Ficha general de recolección de información engloba aspectos como: nombres y apellidos, género, edad, número de identificación, lugar de procedencia, fecha de nacimiento, orientación sexual, nivel educativo aprobado, estado civil, número de hijos,

religión, rango militar, proceso terapéutico, consumo de sustancias psicoactivas. (3 anexo ficha)

Marco normativo

Se habla primordialmente de la ley 1616 del 2013 "por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones", i el congreso de Colombia decreta: artículo 1º: El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

La presente leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especifica mente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Según la ley 1616 del 2013 La salud mental se define 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. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Derechos de las personas en el ámbito de la salud mental ARTICULO 6°;
Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

La legislación sobre salud mental es también un componente clave de la gobernanza. La legislación sobre salud mental se refiere a disposiciones jurídicas específicas principalmente relacionadas con la salud mental, que normalmente se centran en cuestiones como la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, la internación y el tratamiento involuntario, el alta tutelada, la capacitación profesional y la estructura de los servicios. De los 31 países que respondieron a esta pregunta, aproximadamente la mitad (52%) tiene una ley independiente en materia de salud mental, y cerca de un tercio (35%) tiene una ley que está integrada en la legislación sobre salud general o discapacidad (Atlas Regional de Salud Mental de las Américas 2015).

Lo que varía enormemente es el año de aprobación de la ley: más de un tercio de los países (38%) aprobaron la legislación sobre salud mental antes de 1990, un país (6%) la aprobó en el período 1991-2000, casi la mitad de los países (44%) lo hicieron en el período 2001-2010, y solo dos (13%) la tienen aprobada desde el año 2010 (Atlas Regional de Salud Mental de las Américas 2015).

Procedimiento

La investigación se realizó mediante cuatro fases distribuidas de la siguiente forma:

Fase 1: Exploración teórica: Durante esta fase se realizó la revisión de la literatura para la identificación de las variables del estudio, la construcción del planteamiento del problema y los antecedentes teóricos y empíricos.

Fase 2: Diseño metodológico e instrumentos de investigación: En esta fase se definieron los aspectos metodológicos del estudio, se identificaron y adaptaron los instrumentos a utilizar. Para lo cual se aplicó el cuestionario Goldberg GHQ-12, la cual, aunque menos profunda, respondió con mayor favorabilidad al igual que la prueba de Sentido de Vida y la Ficha general de recolección de información.

Fase 3: Recolección de datos: en esta etapa del estudio se establecieron los permisos necesarios para la aplicación de los instrumentos, se realizaron los consentimientos informados y posteriormente se aplicaron los instrumentos a la muestra participante.

Fase 4: análisis de resultados: se codificaron los datos obtenidos y se realizaron los análisis correspondientes con el IBM SPSS Statistics 22.0.

Fase 5: Presentación de informe de investigación: Se realiza la interpretación de los donde se determinar hasta qué punto se contribuyó a llenar los vacíos identificados en la formulación del problema, así como la proyección de futuros estudios derivados del actual, que permitan establecer nuevas líneas de investigación. Finalmente debe considerar las limitaciones y dificultades del estudio que permita a otros investigadores tenerlos en cuenta para nuevos estudios y se realizó el informe final que se entregó a la facultad.

Cronograma

Tabla 3 Cronograma

Fase de la investigación	Meses			
	1	2	3	4
Fase 1: Exploración teórica	x	x		
Fase 2: Diseño metodológico e instrumentos de investigación		x	x	
Fase 3: Recolección de datos:			x	
Fase 4: análisis de resultados				x

Fuente: Elaboración propia.

Presupuesto

Tabla 4 Presupuesto

Personal Investigador	Tiempo/meses	Sueldo/meses	Costo
Investigadores	4	2.200.000	2.200.000
Daeissy Alexandra			
Abril Peña		2.200.000	2.200.000
Cindy Paola Franco			
Gaviria			
<i>Costo total personal investigador</i>			<i>\$4.400.000</i>
Equipos	Unidades	Costo unidad	Costo total
Computador	2	1.200.000	1.200.000

Impresora	1	160.000	160.000
Tintas impresoras	4	20.000	80.000
Programa SPSS	1	300.000	300.000
<i>Costo total equipos</i>			<i>\$ 1.740.000</i>
Papelería	Unidades	Costo unidad	Costo total
Fotocopias	450	100	45.000
Resmas de papel	2	9000	18.000
Cajas de esferos	120	800	96.000
<i>Costos total Papelería</i>			<i>\$ 159.000</i>
Transportes	Costos		
(2) Investigadoras	<i>100.000</i>		
<i>Costo total transporte</i>			<i>\$100.000</i>
<i>Costo total investigación</i>			<i>\$6.099.000</i>

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados derivados de la investigación, discriminados por objetivos.

Tabla 1

Orientación sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Heterosexuales	104	94,5	94,5	94,5
Homosexuales	5	4,5	4,5	99,1
Bisexuales	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

En cuanto a la orientación sexual (ver tabla 1) el 94,5% de los soldados bachilleres manifiestan que su orientación es heterosexual siendo este el mayor porcentaje, el 4,5% son homosexuales lo que corresponde a un total de 5 soldados, y por otro lado el 9% de los soldados son bisexuales es decir el equivalente a un soldado.

Tabla 2

Nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ninguno	3	2,7	2,7	2,7
Primaria	8	7,3	7,3	10,0
Bachillerato	75	68,2	68,2	78,2
Técnico / tecnológico	23	20,9	20,9	99,1
Universitario	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Referente al nivel educativo (ver tabla 2) del total de los participantes se encuentra que el 2,7% de los soldados bachilleres no tienen ningún tipo de escolaridad, el 7,3% han cursado primaria, el 68,2% realizaron estudios secundarios, el 20,9% ejercieron carreras técnicas o tecnológicas y por último el 9% de los soldados asistieron a la Universidad.

Tabla 3

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Solteros	97	88,2	88,2	88,2
Casados	1	,9	,9	89,1
Unión libre	12	10,9	10,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Adicionalmente se observa que frente al estado civil (ver tabla 3) el 88,2% de los soldados bachilleres se encuentran solteros, el 10,9% afirma estar en unión libre y el 9% de los soldados bachilleres manifestaron estar casados.

Tabla 4

Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	95	86,4	86,4	86,4
1	15	13,6	13,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Para el número de hijos (ver tabla 4) el 86,4% de los soldados bachilleres sostienen no tener hijos y el 13,6% de ellos afirman tener un hijo.

Tabla 5**Religión**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Católicos	93	84,5	84,5	84,5
Cristianos	5	4,5	4,5	89,1
Otras religiones	12	10,9	10,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Los porcentajes arrojados en la variable de religión (ver tabla 5) muestran que el 84,5% de los soldados bachilleres practican la religión católica, el 4,5% la religión cristiana y el otro 10,9% manifiesta pertenecer a otra religión.

Tabla 6**¿Ha recibido atención psicológica?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido Si	26	23,6	23,6	23,6
No	84	76,4	76,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

En cuanto a la información acerca de que si han recibido atención psicológica a lo largo de su servicio militar (ver tabla 6) evidencia que el 76,4% manifiesta que nunca ha recibido atención y el otro 23,6% responde que si.

Tabla 7

¿Tiene antecedentes psiquiátricos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	2	1,8	1,8	1,8
No	108	98,2	98,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Sobre la información acerca de antecedentes psiquiátricos (ver tabla 7) el 98,2% de los soldados bachilleres responde que no tiene y el 1,8% afirma si tenerlos.

Tabla 8

¿Consume algún medicamento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	1	,9	,9	,9
No	109	99,1	99,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Respecto al consumo de algún tipo de medicamento psiquiátrico (ver tabla 8), el 99,1% de los soldados bachilleres afirma que no y el 0,9% afirma que sí consume.

Tabla 9

¿Consume sustancias psicoactivas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	15	13,6	13,6	13,6
2	95	86,4	86,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

En cuanto a los resultados acerca del consumo de sustancias psicoactivas (ver tabla 9) el 86,4% de los soldados bachilleres manifiestan que no consumen y el 13,6% de ellos responde que sí.

Frente al objetivo específico de salud mental se pudo evidenciar que:

Tabla 10

Bienestar psicológico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	97	88,2	88,2	88,2
Medio	13	11,8	11,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Respecto al objetivo específico de salud mental, se denota el bienestar psicológico (ver tabla 10) en donde el 88,2% obtuvo una puntuación baja, el 11,8% una puntuación media y nadie puntúa alto.

Tabla 11

funcionamiento social y afrontamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	109	99,1	99,1	99,1

Medio	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Referente a funcionamiento social (ver tabla 11) se evidencia que el 99,1% puntúa bajo y el 9% puntúa medio, sin obtener puntuaciones altas. En perturbación mental (ver tabla 12) se dice que el 76,4% puntúa bajo, el 16,4% medio y el 7,3% alto.

Tabla 12

Perturbación mental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	84	76,4	76,4	76,4
Medio	18	16,4	16,4	92,7
Alto	8	7,3	7,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

En torno al objetivo específico de sentido de vida se encontró que:

Tabla 13

Sentido de Vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Búsqueda del sentido vital	33	30,0	30,0	30,0
	Medio sentido vital	46	41,8	41,8	71,8
	Alto sentido vital	25	22,7	22,7	94,5
	Plenitud del sentido	6	5,5	5,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Con relación al objetivo de sentido de vida se puede identificar que (ver tabla 13) el 30,0% de los soldados bachilleres están en búsqueda del sentido vital, el 41,8% están en medio sentido vital, el 22,7% tienen un alto sentido vital y el 5,5% están en plenitud del sentido.

Con respecto al objetivo general de este estudio se pudo identificar correlación entre:

Tabla 14

Correlación entre sentido de vida y bienestar psicológico

		Sentido de Vida	Bienestar psicológico
Sentido de Vida	Correlación de Pearson	1	-,244*
	Sig. (bilateral)		,010
	N	110	110
Bienestar psicológico	Correlación de Pearson	-,244*	1
	Sig. (bilateral)	,010	
	N	110	110

Entre la variable sentido de vida y bienestar psicológico (ver tabla 14) se evidencia una correlación negativa no significativa de -0,244 con un nivel de significancia de 0,05.

Tabla 15

Correlación entre sentido de vida y perturbación mental

		Sentido de Vida	Perturbación mental
Sentido de Vida	Correlación de Pearson	1	-,321**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	110	110
Perturbación mental	Correlación de Pearson	-,321**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	110	110

Frente al sentido de vida y la perturbación mental (ver tabla 15) se encontró una correlación negativa no significativa de -0,321 con un nivel de significancia del 0,01.

Discusión de resultados

La presente investigación permitió evaluar algunas propiedades psicométricas del Cuestionario GHQ12 General Health Questionnaire y la Escala Dimensional de Sentido de Vida, sobre una muestra no paramétrica de soldados bachilleres de edades comprendidas entre los 18 y 28 años del Ejército Nacional de Colombia.

Como indica Rodríguez (1991), el GHQ no clasifica a las personas como sanas o enfermas, puesto que el contenido de los ítems hace referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas “sanas”. El modo en el que se distribuyan sus puntuaciones indicará mayor (con puntuaciones más altas) o menor probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico y, por tanto, una mayor o menor salud mental y bienestar psicológico.

Frente al análisis de resultados se puede apreciar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables salud mental y sentido de vida, aun así, según los resultados anteriormente presentados, se evidencia que referente a los ítems que evalúan la salud mental existen correlaciones significativas mientras que estos en relación a sentido de vida no.

Sin embargo, a partir de la nula correlación entre salud mental y sentido de vida; es importante resaltar que los ítems de perturbación mental y bienestar psicológico tienen una correlación positiva de ,704**, haciendo que el instrumento que evalúa la salud mental, es decir, el Cuestionario GHQ12 General Health Questionnaire obtenga la correlación más significativa frente al estudio.

En este orden de ideas la puntuación de .05 quiere decir que cabe la posibilidad de encontrar correlación entre salud mental y sentido de vida, identificando que no

siempre la aplicación y la recolección de los datos se realiza en circunstancias optimas, ya que existen condiciones que afectan en los resultados de la investigación tales como respuestas rápidas, cansancio o falta de interés por parte de los que responden haciendo que estas respuestas se alejen de 1 y se acerquen a la puntuación 0.

En esta medida se torna importante retomar el estudio de la correlación salud mental y sentido de vida abordándolo desde otro tipo de instrumento que logre explicar mejor el fenómeno.

Conclusiones

De acuerdo a las conclusiones de los estudios de evaluación clínica, con población general, población específica y población clínica, el GHQ-12 se ha mostrado como una herramienta adecuada para valorar la salud mental general.

Teniendo en cuenta el objetivo principal de la presente investigación se concluye que no se encuentran correlaciones significativas entre las variables estudiadas y según las investigaciones consignadas a menor bienestar psicológico mayor perturbación mental siendo esta una correlación que si se encontró en el análisis.

Es posible afirmar además que se hace necesario buscar otro tipo de instrumentos que evalúen a mayor detalle los ítems con correlaciones significativas.

Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos sociodemográficos

DATOS DE IDENTIFICACION										
Nombres y Apellidos:						Fecha y lugar de nacimiento:				
Documento de Identidad:	Tipo	TI	CC	C E		Edad		Sexo:	M	F
Orientación Sexual:	Heterosexual			Homosexual				Bisexual		
Nivel Educativo:	Ninguno									
	Primaria									
	Secundaria									
	Técnico/ Tecnológico									
	Universitario									
Estado Civil:	Soltero									
	Casado									
	Divorciado									
	Separado									
	Viudo									
	Unión libre									
Número de Hijos:				Religión:			Rango Militar:			
¿Ha recibido atención psicológica durante su servicio militar?										
¿Tiene Antecedentes Psiquiátricos?					¿Consumo algún tipo de medicamento?					
¿Que sustancias psicoactivas consume y con qué frecuencia?										

Anexo 2: Cuestionario de salud de golberg GHQ-12

CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLBERG GHQ-12

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado su salud en las últimas semanas. Estamos preguntando en relación al último tiempo, no al pasado. Marque con una cruz en la casilla correspondiente a su respuesta.

Es importante que trates de contestar a todas las preguntas. Muchas gracias por tu colaboración.

1 ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

2¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho Menos capaz que lo habitual

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho Menos capaz que lo habitual

9. ¿Se ha sentido triste o deprimido?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más feliz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos feliz que lo habitual
- Mucho menos feliz que lo habitual

Anexo 3: Escala Dimensional de Sentido de Vida

ESCALA DIMENSIONAL DE SENTIDO DE VIDA

TD: Totalmente en desacuerdo / ED: En desacuerdo

DA: De acuerdo / TA: Totalmente de acuerdo

ÍTEM	TD	ED	DA	TA
1. Enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye una experiencia aburrida				
2. La vida me parece llena de razones por las cuales vivir				
3. Normalmente me siento pleno con lo que estoy haciendo de mi vida				
4. Frecuentemente me desconozco a mi mismo en mi forma de actuar				
5. Aun teniendo claro mis deberes, generalmente solo hago lo que quiero				
6. He descubierto metas claras en mi vida				
7. Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido un completo fracaso				
8. Tal y como yo lo veo, en relación con mi vida, no se para donde voy				
9. Las metas que tengo en mi vida hablan de quien soy en este momento				
10. A pesar de mis metas, he considerado seriamente el suicidio como una salida a mi situación				
11. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es prácticamente nula				
12. Mi vida es vacía y llena de desesperación				
13. Con frecuencia no logro entender porque actúo de cierta manera				
14. Al pensar en mi propia vida me pregunto a menudo porque existo				
15. Me siento coherente con las acciones que realizo para lograr mi proyecto de vida.				
16. En el logro de mis metas vitales no he conseguido ningún progreso				
17. Mi existencia personal es sin sentido y propósitos				
18. Si pudiera elegir nunca habría nacido				

Anexo 4: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadoras: Cindy Paola Franco Gaviria – Daeissy Alexandra Abril Peña

Asesor de Investigación: José Antonio Camargo Barrero

Usted ha sido invitado a participar en el proyecto de investigación “**Salud Mental y Sentido de Vida en soldados bachilleres de Colombia**”, la presente investigación hace parte de un ejercicio investigativo realizado desde la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Centro Regional Soacha, para optar al título de Psicólogas. Para su desarrollo, se emplearán una ficha de recolección de datos sociodemográficos, el cuestionario GHQ 12, sigla del inglés, General Health Questionnaire y la Escala Dimensional del Sentido de Vida.

Usted fue seleccionado como posible participante porque nosotros consideramos su experiencia relevante para los fines de este estudio. Lo invitamos a leer este documento y es libre de hacer las preguntas necesarias antes de hacer parte de esta investigación. Si usted consiente participar, le facilitaremos los documentos con una serie de preguntas, las cuales pedimos que responda en su totalidad y con su consentimiento estos documentos serán utilizados para los objetivos del estudio. El tiempo estimado para responder será de 30 minutos.

Su participación es voluntaria y tiene el derecho de revisar lo que contestó. La decisión de participar o no, es completamente voluntaria y no afectaría de ninguna manera sus relaciones personales, sociales ni profesionales. Si usted decide participar, es libre de no responder cualquiera de las preguntas o de suspender en cualquier momento sin futuras afectaciones.


Los documentos contestados serán confidenciales y privados. En el caso de que los resultados de la investigación sean publicados, no se incluirá ninguna información que pueda identificarlo.

Acuerdo del participante:

He leído la información proporcionada previamente. Voluntariamente acepto participar en esta investigación. En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado,

Nombres y Apellidos _____ Firma _____
Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

Anexo 5: Carta de autorización para la aplicación de los instrumentos

 **UNIMINUTO**
Corporación Universitaria Minuto de Dios

Bogotá 14/09/2017

Señor
Teniente Coronel
PEDRO GIOVANY SEPULVEDA OTERO
Comandante Batallón Policía Militar N. 13

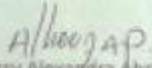
Cordial saludo

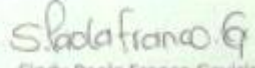
Por medio del presente oficio se solicita de manera formal la aprobación para desarrollar el trabajo de grado (tesis) de la Universidad Minuto de Dios Centro Regional Soacha llamado "Salud Mental y Sentido de Vida en población Militar" a cargo de las estudiantes de último semestre de la facultad de Ciencias Humanas y Sociales, programa de psicología **ABRIL PEÑA DAEISSY ALEXANDRA** identificada con número de cedula 1.030.655.341 de Bogotá y **FRANCO GAVIRIA CINDY PAOLA** identificada con número de cedula 1.072.195.413 de Sibate, teniendo como objetivo la aplicación de tres formatos los cuales son, una ficha de recolección de datos sociodemográficos, el Cuestionario GHQ12, siglas del ingles: General Health Questionnaire y la Escala Dimensional de Sentido de Vida. Además de lo anterior se llevaran a cabo cinco talleres con temáticas relacionadas al proyecto investigativo

Para su ejecución se propone, la semana del 18 al 25 y la semana del 25 al 30 del mes de septiembre del presente año, en un tiempo estimado de seis días a disponibilidad del sitio de acuerdo al horario que se maneje, puesto que se realizara dentro de las instalaciones del batallón para evitar la movilización del personal, teniendo en cuenta que la cantidad de soldados requeridos es un total de 40.

Gracias por la atención prestada

Atentamente


Daeissy Alexandra Abril Peña
cc. 1.030.655.341


Cindy Paola Franco Gaviria
cc. 1.072.195.413

GT-Pedrona.
320-6712896.
Colaborele al final Quiero ver
la evaluación... Me interesa.
~~III~~

Referencias

- Albuquerque L, Rosas A, Alves G, Souza de Lima T & Cunha de Souza L, (2014). Una autoeficacia como mediadora de la relación entre bienestar subjetivo y salud general de cadetes militares. *Scielo*, 30 (11). Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102309&lng=en&tlng=en#B1
- Amar, J. (2001). Reflexión sobre el sufrimiento a partir del pensamiento de Karl Jaspers. *Psicología desde el caribe*. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300706>
- American Psychological Assosiation (2014). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx?item=1>
- Arango, M; Ariza, S; y Trujillo, A. (2015). Sentido de vida y recursos noologicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida. *Revista argentina de clínica psicológica*. Vol. 24 (3). Pp. 211-221
- Bartone, R (1998). Stress in the military setting En C. Cronin (Ed.), *Military psychology: An introduction* (pp. 113-146). New York: Simón & Schuster.
- Bianchi, I. (2009). Espiritualidad y Psicología Humanística. *Las Escuelas Psicológicas Humanísticas*. Recuperado de:
https://animasalud.files.wordpress.com/2009/02/psicologia_humanista_espiritualidad.pdf
- Buber, M. (1998). *Yo y tú*. Madrid: Caparros.

- Burrell, L. M., Adams, G. A., Durand, D. B. & Castro, C. A. (2006). The impact of military lifestyle demands on well-being, Army, and family outcomes. *Armed Forces & Society*, 33, 43–58.
- Castellanos, C; Martínez, E; Hurtado, D; y Estrada, L. (2012). Los recursos psicológicos en estudiantes universitarios de Colombia. *Revista logos y existencia*. Recuperado de: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/12878/8070>
- Castro, MCA (2012). *La prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento y la percepción de apoyo a la familia de la policía civil*. En el caso de las mujeres.
- Cepeda, L. (2013). Impacto sobre la salud mental de los conflictos bélicos. Universidad de Oviedo. Tesis de grado. Recuperado el (05) de (03) de (2014). <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/17313>.
- Corporación AVRE, (Abril 2010). Reflexiones desde la práctica de acompañamiento psicosocial y en salud mental: lecciones aprendidas.
- Costa M, Accioly Júnior H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:217-22.
- Dela-Coleta ASM, Dela-Coleta MF. Fatores de estresse ocupacional y coping entre pol. *Psico USF* 2008; 13: 59-68.
- Delfino G, Muratori M, y Zubieta E, (2015). Bienestar psicosocial y satisfacción con la vida en estudiantes militares. *ResearchGate*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/282672528_Bienestar_psicosocial_y_satisfaccion_con_la_vida_en_estudiantes_militares

Diener E, Chan MI. Las personas felices viven más tiempo: el bienestar subjetivo contribuye a la salud ya la longevidad. *Appl Psychol Salud Bienestar* 2011; 3: 1-43.

Epstein D, (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. Ginebra. Recuperado de: Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En: Neimeyer

Feixas, G., Villegas, M. (2000). Constructivismo y psicoterapia. Bilbao: Ed. Desclee De Brower.

Frankl, V. (1988). Logos, paradoja y búsqueda de significado. En: Mahoney, M. y Freeman. Cognición y psicoterapia. Barcelona. Ed. Paidós

Frankl, V. (1992). Teoría y terapia de las neurosis. Barcelona (España). Ed. Herder S.A

Frankl, V. (1994). El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Editorial Herder S.A. recuperado de: <http://www.mercaba.org/Libros/frankl,%20victor%20e%20-%20el%20hombre%20doliente.pdf>

Frankl, V. (1994). Logoterapia y Análisis Existencial. Barcelona (España). Ed: Herder S.A

Frankl, V. (1995). La presencia ignorada de Dios. Barcelona (España). Ed. Herder S.A

Frankl, V. (1999). La idea psicológica del hombre. Ed Rialp. Recuperado de: https://books.google.com.co/books?id=60UJgECMWN0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Frankl, V. (2001). Psicoterapia y existencialismo. Barcelona (España). Ed. Herder S.A.

García-Herrera, J., Noguerras, E., Muñoz, F. y Morales J. (2011). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. Málaga: Distrito Sanitario Málaga UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”.

Gengler, J. (2009). Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica. Recuperado de: http://www.analisis-existencial.org/fileadmin/4editors/dokumente/GLE-span/publicaciones/Pepe_AE_publ_2009.pdf

Guttman, D. (1998). Logoterapia para profesionales. Bilbao: ed. Desclee de Brower.

González-Quevedo L A, Sanabria-Ferrand P A, Paredes O, Garcia M, Zuluaga H. Calidad de Vida y Salud Mental en la Fuerza Aérea Colombiana. Universidad Militar Nueva Granada, editor. 2007. Ref Type: Unpublished Work.

Gonzalez L, Sanabria P y Zuluaga H, (2010). Percepcion de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea Colombiana. *Revista de la Facultad de medicina*. 18, (1). 115-122. Recuperado de: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/1305/1035>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill.

Jaspers, K. (1985). *La filosofía*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Jaspers, K. (1999). *Psicopatología general*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica

Ley 1090 (2006). Del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicólogos. Título vi. Recuperado de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Ley 975 de 2005. Recuperado el (28) de (02) de (2016) desde:

http://www.fiscalia.gov.co:8080/Documentos/Normativa/LEY_975_250705.htm

Ley 1090 de 2006. Recuperado el (28) de (02) de (2016) desde:

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ley 1448 de 2011. Recuperado el (28) de (02) de (2016) desde:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43043>

Ley 1616 de 2013. Recuperado el (28) de (02) de (2016) desde:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Lyubomirsky S, Kind L, Diener E. Los beneficios del afecto positivo frecuente: ¿la felicidad conduce al éxito? *Psychol Bull* 2005; 131: 803 - 55.

Magaz A, Sandin B, Chorot P y Santed M, (2004). Analisis bibliometrico sobre la psicopatología y psicología clínica en el ámbito militar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 9. (3). 231-241. Recuperado de:

[http://www.aepcp.net/arc/04.2004\(3\).Magaz-Sandin-Chorot-Santed.pdf](http://www.aepcp.net/arc/04.2004(3).Magaz-Sandin-Chorot-Santed.pdf)

Marks, D., Murray, M., Evans, B. & Willing, C. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.

Martin G, (2010). El servicio de psicología del Ejercito del Aire en misiones fuera del territorio nacional. *Revista de Aeronautica y Astronautica*, 798, pp. 976-978.

Martínez J, y Pardo L, (2012). ISAF: Intervención psicológica en el personal del Ejército del Aire desplegado. *Revista de Aeronáutica y Astronáutica*. Recuperado de:

<http://www.copmadrid.org/psicodoc/edoc/AR-1175.pdf>

Martínez, E; Díaz, J y Jaimes, J. (2010). Validación de la prueba “escala de recursos psicológicos aquí y ahora” para personas mayores de 15 años. *Revista argentina clínica psicológica*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798007.pdf>

Martínez, E. (2007). *Psicoterapia y sentido de vida. Psicología clínica de orientación logoterapéutica*. ed. Herder. Bogotá.

Martínez, E. (2014). *Coaching Existencial. Basado en los principios de Víctor Frankl*. Bogotá: Saps.

Martínez, E. (2007). *Psicología clínica de orientación logoterapéutica. Psicoterapia y sentido de vida*. Recuperado de:
<http://www.cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=35&articulo=1150&tipo=F&eid=18&sid=177&NombreSeccion=Libre&Accion=VerLibre>

Martínez E, (2011). *Las psicoterapias existenciales*. Bogotá D.C, Colombia: Manual Moderno.

Martínez E, (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. Bogotá D.C, Colombia: Manual Moderno.

Mahoney. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós.

Mahoney, M., & Freeman, A. (1988). *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Mascarenhas, RB (2009). *Las condiciones y organización de actividades profesionales de policía militar de Goiás y el impacto en su salud mental: 2005-2007*. Y en el caso de la Universidad de Chile.

Mateos, M. (2001). *Metacognición y educación*. Buenos Aires: AIQUE.

Minayo, MCS, Souza, ER, & Constantino, P. (2007). Riesgos percibidos y victimización de policías civiles y militares en la (in) seguridad pública. *En Salud Pública*, 23 (11), 2767-2779. doi: 10.1590 / S0102-311X2007001100024

Minayo MCS, Souza ER, Constantino P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. *Cad Saúde Pública* 2011; 23:2767-79.

Ministerio de Protección Social (2003). *Estudio nacional de salud mental*. República de Colombia. Recuperado el (28) de (02) de (2014) desde http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf

Nichols, R.S. (1991)- Introduction to section 6: Clinical and consultative/organizational psychology. *Handbook of military psychology* (pp. 575-578). New York: Wiley & Sons.

Neimeyer, R. (1997). Una valoración de las psicoterapias constructivistas. En: Mahoney, Michael. *Psicoterapia cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Ed. DDB.

Neimeyer, G. (1998). El cuestionamiento del cambio. En R. Neimeyer & M. Mahoney (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A., & Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología* (13), 11-32.

Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud (2015). Atlas regional de salud mental de las Américas.

Recuperado de:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020.

Ginebra. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020.

Ginebra. Recuperado de:

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/

Organización Mundial de la Salud (2017), Salud Mental un estado de bienestar. Recuperado

de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2004), Promoción de la salud mental, conceptos,

evidencia emergente y práctica. Ginebra. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Oro, O. (1993). Persona y personalidad. Distintos enfoques a partir de una visión de conjunto.

Buenos Aires: Ed. FAL

- Polo F, Guimaraes V, y Augusto F, (2015). Prevalencia de Mental y comportamiento de los pacientes en la policía militar de Santa Catarina. *Scielo*. 35, (3). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300824&lng=pt&tlng=pt
- Ryan RM, Deci EL. Teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social y el bienestar. *Am Psychol* 2001; 55: 68 - 78.
- Santa Catarina, (2010), Gobierno del Estado. Ley Complementaria Estatal n° 495, de 26 de enero de 2010. Regiones Metropolitanas de Santa Catarina.
- Seligman M E, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist* 2000;55(1):5-14.
- Silva, JHR (2009). *Estudio sobre el trabajo de la policía y sus implicaciones para la salud mental* . Tesis de maestria. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Silva, M. y Vieira, S . (2008). El proceso de trabajo del militar estadual y la salud mental. *Salud y Sociedad* , 17(4), 161-170. doi: 10.1590 / S0104-12902008000400016
- Souza ER, Franco LG, Meireles CC, Ferreira VT, Santos NC. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica do gênero. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:105-14.
- Toledo D, González-Quevedo L A, Sanabria-Ferrand P A. Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en las Fuerzas Militares de Colombia. Universidad Militar Nueva Granada, editor. 1997. Ref Type: Unpublished Work

Vallejo A, y Terranova L, (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en Militares.

Terapia psicológica. 27. (1). 105-114. Recuperado de:

<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art10.pdf>