

**SALUD MENTAL POSITIVA EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE EN
PROCESO DE RESOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA HABITANTE DE CALLE DE LA
IPS INTEGRAL SALUD ANTIOQUIA**

CAMILA BERRÍO QUINTERO

MARIANA MARÍN MEJÍA

ANA MARÍA CORTÉS HURTADO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2024

**SALUD MENTAL POSITIVA EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE EN
PROCESO DE RESOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA HABITANTE DE CALLE DE LA
IPS INTEGRAL SALUD ANTIOQUIA**

CAMILA BERRÍO QUINTERO

MARIANA MARÍN MEJÍA

ANA MARÍA CORTÉS HURTADO

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogas

Asesor: Sandra Milena Castaño Ramírez. Magíster (MSc) en Neuropsicología.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2024

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a nuestros padres y hermanos, quienes han sido parte fundamental de nuestro proceso académico y personal, gracias a su apoyo incondicional, su amor y sus sacrificios, hemos podido superar cada obstáculo y alcanzar nuestras metas, les debemos todo lo que somos y todo lo que seremos, su confianza en nuestras capacidades nos ha dado la fuerza para seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles, a través de sus consejos y enseñanzas, hemos aprendido a enfrentar los desafíos con valentía y determinación, nos han enseñado que el verdadero éxito no se mide solo por los logros académicos, sino por el crecimiento personal y la capacidad de contribuir positivamente a la vida de los demás, este trabajo es una pequeña muestra de nuestro agradecimiento y reconocimiento por todo lo que han hecho por nosotros, es un reflejo del amor y el esfuerzo que han invertido en nuestra educación y formación como personas, sin ustedes, nada de esto sería posible. Este logro es tanto de ustedes como nuestro.

Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud a los docentes de la Institución Universitaria de Envigado por compartir sus conocimientos durante nuestra formación profesional, en especial, agradecemos a nuestra asesora Sandra Milena Castaño Ramírez, por su conocimiento, pasión y entrega compartida, nos permitió superar los desafíos que encontramos en el camino, y cuyo apoyo fue esencial para llevar a cabo este proceso. También queremos agradecer profundamente a la IPS Integral Salud Antioquia por abrirnos sus puertas y permitirnos acceder a los participantes, cuya colaboración y buena disposición fue crucial para la realización de este trabajo de investigación.

Tabla de contenido

Abstract.....	10
Introducción	11
1. Planteamiento del Problema.....	13
2. Justificación.....	19
3. Objetivos	20
3.1. Objetivo General.....	20
3.2. Objetivos Específicos.....	21
4. Marco Referencial	21
4.1. Marco de antecedentes	21
4.2.1. Antecedentes internacionales	21
4.2.2. Antecedentes nacionales	28
4.2.3. Antecedentes locales	32
4.1. Marco teórico	36
4.1.1. Habitante de Calle	36
4.1.2. Proceso de resocialización	42
4.1.3. Habitante de calle y salud mental.....	43
4.1.4. Salud mental.....	45
4.1.5. Salud Mental Positiva.....	46
4.1.6. Sistema de recompensa cerebral	49
4.2. Marco ético legal.....	51
4.2.1. Ley 1090 del 2006.....	51
4.2.2. Consideraciones éticas del presente estudio	53
5. Metodología	53
5.1. Tipo de estudio	54
5.2. Nivel de estudio	54
5.3. Diseño de estudio.....	55
5.4. Población.....	55
5.4.1. Muestra	55

5.4.2.	Criterios de inclusión.....	56
5.4.3.	Criterios de exclusión	56
5.5.	Técnicas de recolección de información	56
5.6.	Procedimiento	62
6.	Resultados	63
6.1.	Análisis univariado	63
6.2.	Análisis bivariado	66
7.	Discusión.....	78
8.	Conclusiones	85
9.	Recomendaciones	86
	Referencias.....	87
	Anexos	95

Lista de Tablas

Tabla 1 . Operacionalización de variables del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluh (1999).....	Error! Bookmark not defined.
Tabla 2. Datos sociodemográficos	64
Tabla 3. Relacionamiento interpersonal	64
Tabla 4. Frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas	65
Tabla 5. Resultados de la asociación entre edad y los factores de salud mental positiva	67
Tabla 6. Resultados de la asociación entre sexo y los factores de salud mental positiva.....	69
Tabla 7. Resultados de la asociación entre estado civil y los factores de salud mental positiva ...	70
Tabla 8. Resultados de la asociación entre nivel educativo y los factores de salud mental positiva	71
Tabla 9. Resultados de la asociación entre alimentación saludable y los factores de salud mental positiva.....	72
Tabla 10. Resultados de la asociación entre red de apoyo y los factores de salud mental positiva	73
Tabla 11. Resultados de la asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y los factores de salud mental positiva	75
Tabla 12. Resultados de la asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y los factores de salud mental positiva	76
Tabla 13. Resultados de la asociación entre fase del proceso y los factores de salud mental positiva	77

Lista de Figuras

Ilustración 1. Resultados de los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluich (1999)
..... 66

	PLANTILLA TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES	Código: F-DO-0029
		Versión: 01
		Página 9 de 100

Resumen

Esta investigación tuvo el objetivo de analizar los niveles de salud mental positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia, para lo cual se utilizó un enfoque cuantitativo de tipo no experimental, de nivel descriptivo y con un diseño transversal, la muestra del estudio estuvo conformada por un total de 52 personas pertenecientes a este programa, a las cuales se les aplicó el Cuestionario de Datos Sociodemográficos y el Cuestionario de Salud Mental Positiva. Los resultados indicaron que, los participantes contaron con un nivel entre medio y alto de salud mental positiva y además, se hallaron diversas relaciones estadísticamente significativas entre ambos cuestionarios. Finalmente, se concluyó que dentro de los resultados podrían estar implícitos algunos sesgos que expliquen la razón por las cuales de obtuvieron niveles altos de salud mental positiva en la población.

Palabras clave: Habitante de calle, Salud mental, Salud mental positiva, Resocialización y Redes de apoyo.

Abstract

This research had the objective of analyzing the levels of positive mental health in a sample of street dwellers (or Homeless) in the process of resocialization of the “*Habitante de calle program of the IPS Integral Salud Antioquia*”, for which a non-experimental quantitative approach was used, descriptive level and with a cross-sectional design, the study sample was made up of a total of 52 people belonging to this program, to whom the Sociodemographic Data Questionnaire and the Positive Mental Health Questionnaire were applied. The results indicated that the participants had a medium to high level of positive mental health and several statistically significant relationships were also found between both questionnaires. Finally, it was concluded that some biases could be implicit in the results that explain the reason why high levels of positive mental health were obtained in the population.

Keywords: Street dweller (or Homeless), Mental health, Positive mental health, Resocialization and Social Support networks.

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO</p> <p>Ciencia, educación y desarrollo Vigilada Mineducación</p>	<p>PLANTILLA TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES</p>	<p>Código: F-DO-0029</p> <hr/> <p>Versión: 01</p> <hr/> <p>Página 11 de 100</p>
---	--	---

Introducción

De acuerdo con la Ley 1641 de 2013 Política Pública de Habitante de Calle, esta población es definida como “Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar” (p.1). En la actualidad, la condición de los habitantes de calle se percibe como una problemática que no recibe la atención ni la prioridad necesaria por parte de los organismos gubernamentales, entes y autoridades pertinentes. Dado que quienes viven en la calle, enfrentan múltiples riesgos que afectan tanto su bienestar físico como mental, lo que les dificulta que se integren adaptativamente en procesos de resocialización y desarrollo personal. Esto lleva a que la población en situación de calle se vea obligada a buscar formas de escapar, emanciparse o desertar dentro del contexto público de la ciudad, lo que genera un estilo de vida marcado por la incertidumbre y la ambivalencia (Nieto y Koller, 2015).

Asimismo, se empleó el término de salud mental positiva, no solo para indicar la falta de malestar, sino también para fomentar la salud mental con el objetivo de fortalecer y mejorar el funcionamiento efectivo del individuo, este estado se basa en la continua búsqueda y mejora del bienestar general durante los cambios activos que ocurren a lo largo de la vida (Teixeira et al., 2021).

La realización de este estudio resultó fundamental, ya que busca ampliar el horizonte de investigación en psicología, esto se debe a que existe poca información disponible relacionada con la temática de la presente investigación, y los estudios existentes en este ámbito son bastante

limitados. Por consiguiente, se planteó la importancia de examinar los niveles de salud mental positiva entre los habitantes de calle en proceso de resocialización.

1. Planteamiento del Problema

La habitabilidad en calle es un fenómeno social que ha estado presente en algunos contextos de las diversas culturas y momentos históricos de la humanidad. Con respecto a diversos países de América Latina y Colombia los factores sociales, políticos y económicos hacen más expansivo este fenómeno a través del desplazamiento, la violencia intrafamiliar, abuso de sustancias psicoactivas y el desempleo, además, el problema aumenta de forma significativa diariamente por causa de la desigualdad, el rechazo, la discriminación e inequidad en el contexto colombiano, lo cual atenta contra la integridad de la población con escasas oportunidades relacionadas con el acceso a la disposición de bienes y recursos, junto con escenarios de violencia y pobreza, los cuales además de involucrar a la población habitante de calle, afectan a otras poblaciones donde sus estilos de vida e intereses se ven perjudicados por la presencia de estos (Correa, 2007).

No obstante, actualmente en cuanto a salud pública se refiere, la habitanza en calle se ha planteado como una problemática a la cual no se le ha brindado la atención y prioridad suficiente por parte de las autoridades y entes gubernamentales encargados, puesto que al ser la calle el espacio donde habitan, conviven y se les presentan múltiples factores de riesgo, su salud física y mental se ve afectada, obteniendo como resultado, tener dificultades en el desarrollo y adaptación en procesos de resocialización. Por lo que se ha intervenido haciendo uso de estrategias, incluyendo programas de resocialización que buscan mejorar su calidad de vida y volverlos sujetos activos inmersos en la sociedad, debido a que por las circunstancias que esta población atraviesa a lo largo de su vida se han aislado progresiva y paulatinamente, teniendo en cuenta que

estas vivencias influyen de forma significativa en su comportamiento característico de la insatisfacción que produce la desigualdad social (Maturana et al., 2018).

Es por lo anterior, que la población habitante de calle se identifica como quienes asumen su vida dentro del contexto público de la ciudad en búsqueda de escapatorias, posibilidades de emancipación y deserciones, constituyendo así un estilo de vida de incertidumbre y ambivalencia (Nieto y Koller, 2015). Sin embargo, es de vital importancia resaltar que dentro de este contexto también se identifica la habitancia en calle como una decisión de cada individuo, por lo cual, para salir de ella es imprescindible que quienes están inmersos en esta tengan determinación para enfrentar la problemática (Maturana et al., 2018).

Desde el ámbito legal, al estar esta población presente dentro de la sociedad, se contempló dentro de la Ley 1641 de 2013 Política Pública de Habitante de Calle, como una “Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar” (p.1).

Además de esto, el Ministerio de salud y protección social [Minsalud] (2021) ha identificado cuales son las condiciones y problemáticas en la salud de esta población evidenciadas de forma recurrente en ellos, como la tuberculosis, el VIH, así como algunas ITS, ya que una parte de las mujeres habitantes de calle son abusadas u ofrecen servicios sexuales a cambio de sustancias psicoactivas o remuneración económica, bien sea, con otros habitantes de calle o con la población general, posibilitando que algunas epidemias relacionadas con dichas enfermedades sean transmitidas al resto de la población.

Ahora bien, con relación a las condiciones de salud mental de los habitantes de calle se ha identificado que estos tienden a sufrir de grandes afectaciones, en lo relacionado con la ansiedad, paranoia, irritabilidad, baja autoestima y adicción a sustancias psicoactivas que inciden en todas las diversas patologías que pueden presentarse y han sido motivo de estudio para intervenirlas, disminuyendo así, la oportunidad de autocuidado (Maturana et al. 2018). Estas afectaciones se ven reflejadas en la Caracterización de personas Habitantes de la Calle en Colombia entre 2017 y 2021 donde se obtuvieron resultados en los que se determinó que el 1,6% y el 6,7% de los hombres y el 4,0% y el 13,1% de las mujeres informaron haber tenido un problema de tipo mental o emocional. Entre el 1,0% y el 2,6% de los hombres y el 2,1% y el 3,9% de las mujeres informaron haber tenido un intento de suicidio (Minsalud, 2022).

Teniendo en cuenta que según Maturana et al. (2018):

La habitanza de calle se caracteriza por factores psicosociales compuestos por consumo, vínculos, reconocimiento, sufrimiento emocional, sistema de creencias y moralidad, responsabilización, alteraciones psicológicas, pulsión agresiva, desorientación, maltrato, abuso sexual, manipulación, métodos anticonceptivos, pérdidas, recaídas, presión social, enfermedad y pobreza, es por esto que se generan grandes efectos en la salud mental, puesto que se afecta el psiquismo de los sujetos, lo cual modifica la manera de relacionarse y desaparecer todo el sentido de valía de las personas, provocando que muchos de ellos se autoexcluyan de todos los procesos sociales. (p.161)

Asimismo, la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022 – 2031, nace a raíz de las pocas herramientas existentes que permiten y facilitan el monitoreo dirigido

específicamente a las condiciones sanitarias de las personas habitantes de calle, relacionadas con la salud pública, lo cual acarrea mayor complejidad en la atención, teniendo como resultado la decadencia de su estado de salud, es por esto que se establece con la intención de que se garanticen, cumplan y aseguren adecuadas condiciones que permitan un correcto restablecimiento de los derechos de esta población, además de una adecuada promoción y protección, que aporten en la búsqueda de una atención integral, resocialización e inclusión social (Decreto 1285, 2022).

En concordancia con lo anterior, es oportuno resaltar diversas cifras que soportan los planteamientos anteriormente expuestos, tomando los resultados obtenidos en el censo nacional de habitantes de calle llevado a cabo por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2021), el rango de edad más representativo en habitantes de calle se encuentra entre los 25 a 44 años, lo cual corresponde al 50% del total. En cuanto al grado de escolaridad se identificó que quienes cuentan con básica secundaria incompleta representan el 23%; el 15,9% cursó hasta básica primaria incompleta y quienes tienen básica secundaria completa representan el 14,2% y solo el 5,0% logró el nivel superior, mientras que quienes no aprobaron ningún nivel educativo conforman el 16,3%. Respecto a los principales motivos por los que iniciaron su vida en calle se encontró que algunos de ellos corresponden al consumo de sustancias psicoactivas con un total correspondiente al 33,5% y el 25,7% por diversos conflictos o dificultades familiares. Por otra parte, también se evidenció que el tiempo de residencia en la calle es bastante representativo, ya que los resultados obtenidos arrojan que la habitabilidad en la calle es significativamente larga, pues hay un alto porcentaje de ellos que lleva más de 5 años habitándola, representando el 61,7%, por esto, se convierte en un aspecto indispensable en el abordaje e intervención de los habitantes

de calle a tener presente dentro de procesos, programas y entidades que se encargan e intervienen en algún tipo de asistencia. Además, se tiene que la farmacodependencia es una de las razones principales que inducen a que continúen habitando en la calle, siendo esto un 34%, además de la influencia de otras personas con 19,2%.

Con relación a las redes de apoyo, Maturana et al. (2018) plantea que:

Al individuo sentir falta o carencia de afecto familiar y no contar con fuertes redes de apoyo, está predispuesto a la acelerada toma de decisiones y elecciones como la drogadicción, el consumo excesivo de alcohol, actos delictivos, mendicidad o en otros casos, se convierten en padres prematuros. (p.162)

Este planteamiento se ve reflejado en el censo de habitantes de calle llevado a cabo por el DANE (2021) donde el 40,2% de ellos no tienen ningún tipo de relación o comunicación con sus familiares. Sin embargo, el 24,2% que aún conserva comunicación con su familia, fue principalmente con la madre y el 17,2% con los hermanos. En lo que respecta a los otros posibles miembros de la red de apoyo como los abuelos, tíos, hijos, pareja y padre, se presentaron con una frecuencia muy baja abarcando únicamente el 5,1%.

En concordancia con lo anterior, el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en una problemática fuertemente relacionada con los habitantes de calle, la cual de forma constante se vuelve parte importante e indispensable en el desarrollo de su día a día (Mejía et al., 2018). El DANE (2021) encontró que el 79,8% consume al menos una sustancia psicoactiva, dentro de ellas el 66,4% cigarrillo, el 56,7% marihuana y el 56,6% basuco.

Es por lo anterior que surgió la necesidad de evaluar los niveles de salud mental positiva en habitantes de calle, entendida como el bienestar mental presente en los individuos sanos, la cual está constituida sobre la búsqueda y mejora constante del bienestar general en el transcurso de los cambios activos que surgen a lo largo de la vida (Lluch, como se citó en Teixeira et al., 2021), para la psicología fue de gran valor identificar los niveles que estos tuvieron dentro del proceso de resocialización, debido a la escasez de estudios al respecto, pues en su mayoría se enfocan en las patologías, la adicción, las condiciones de vida en calle, más no el nivel de salud mental positiva, en el cual se evalúan aspectos como la resolución de conflictos, relaciones interpersonales, autocontrol, entre otros factores, lo cual podrá ser un indicador importante para favorecer y fortalecer el proceso de resocialización permitiendo identificar puntos relevantes a desarrollar en los individuos.

Igualmente, el concepto de salud mental positiva se usa para definir no sólo la ausencia de malestar, sino, también para promover la salud mental en una visión de fortalecer y desarrollar el funcionamiento eficaz del individuo (Teixeira et al., 2021), la cual, está determinada por factores interrelacionados compuestos por resolución de problemas y autoactualización, actitud prosocial, satisfacción personal, autocontrol y habilidades de relación interpersonal y autonomía.

De lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es el nivel de salud mental positiva en una muestra de adultos en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia?

2. Justificación

Abordar la temática de la salud mental en Colombia, fue necesario ya que, progresivamente se ha disminuido la estigmatización relacionada con el tema, contribuyendo entonces en la relevancia y el aporte que genera para la sociedad el hecho de trabajar la salud mental de las diversas poblaciones, ya que esto ayuda en el manejo de diversas problemáticas e incluso diagnósticos para conseguir un mejoramiento en la calidad de vida y generar cambios en lo que hoy en día se ha planteado como un problema de salud pública, en este caso, relacionado específicamente con los habitantes de calle, sin embargo, es importante verla de forma integral y desde diversas esferas en donde se busca que los habitantes de calle tengan la posibilidad de formar parte de un proceso de resocialización.

Por esto, fue de vital importancia generar aportes investigativos que contribuyan e impacten en el acercamiento relacionado con la salud mental positiva, por lo que dentro del presente trabajo se buscó analizar, identificar y caracterizar los niveles de salud mental positiva en una muestra de personas en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia.

Asimismo, llevar a cabo este estudio fue necesario, ya que tuvo como objetivo ampliar el panorama investigativo de la psicología, puesto que la información relacionada con la salud mental positiva en habitantes de calle en proceso de resocialización que se encontraba era escasa y el alcance de investigaciones asociadas con la salud mental positiva hasta el momento era bastante reducida, ya que, si bien se identificaron algunos estudios relacionados con habitantes de calle y la salud mental positiva, no se encontraron estudios que involucren ambas variables,

puesto que la mayoría de estos estaban centrados en las vulnerabilidades de los habitantes de calle, es por esto que la realización de este estudio se justificó en el abordaje de esta población desde una mirada más holística, profundizando en las potencialidades de estos.

Por otra parte, la elaboración de este trabajo aporta al posicionamiento dentro del contexto regional en el que se encuentra inmersa la Institución Universitaria de Envigado [IUE], ya que es una investigación precursora en la asociación entre salud mental positiva y habitantes de calle, además es de gran ayuda puesto que se les está abriendo paso a las siguientes generaciones de estudiantes respecto al conocimiento de una temática poco investigada, a partir de un tema de alto impacto en la sociedad actual.

Finalmente, el realizar este trabajo de grado, posibilita a las investigadoras del presente estudio, adquirir mayor conocimiento respecto al contexto de la problemática, puesto que brinda herramientas que permiten un acercamiento, conocimiento y entendimiento de este tipo de población, lo que enriquece el nivel formativo, aportando, además, en futuros procesos de intervención y generando así, bases importantes para un abordaje más holístico e integral en la vida profesional.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Analizar los niveles de salud mental positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, y habilidades de relación interpersonal en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia.
- Comparar los niveles de salud mental positiva según condiciones sociodemográficas de una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia.

4. Marco Referencial

4.1. Marco de antecedentes

El material científico contenido en esta sección del presente trabajo de investigación permitió dar cuenta del interés que otros investigadores han tenido por abordar, describir y explicar diversos fenómenos acerca de la salud mental positiva, la habitanza en calle y los procesos de resocialización, los cuales fueron desarrollados desde diferentes contextos, donde se puede evidenciar la dimensión de la problemática, lo cual se tomó como base y aporte en esta investigación.

4.2.1. Antecedentes internacionales

En el estudio “Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío” realizado por Grandón et al. (2018), el objetivo fue identificar los rasgos sociodemográficos, la autopercepción de la salud, el uso de redes, las necesidades y los recursos de los habitantes de calle con problemas de salud mental,

consumo problemático de alcohol y/o drogas. En la región chilena del Bío Bío, la información se recopiló entre diciembre de 2014 y marzo de 2015 a partir de una muestra de 65 habitantes de calle que habían experimentado previamente problemas de salud mental y estaban inmersos en programas de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Desarrollo Social. Como herramienta de evaluación se utilizó el Inventario de Recursos para personas en situación de calle y la Escala de Necesidades de Maristán. El 80% de los entrevistados eran hombres con edad promedio de 41 años (DE = 10 puntos). El 75,4% de las personas afirma tener estudios y saber leer y escribir sin dificultad, el 69,2% de los encuestados dijo haber recibido su educación básica, el 95,4% de las personas tuvo acceso al sistema educativo formal, el 78,5 de los encuestados mencionó haber presentado problemas familiares, el 43,1 problemas de alcohol y el 33,8 problemas económicos como los principales factores que contribuyeron a su falta de vivienda. Se destaca que todas las personas brindaron más de una respuesta. Alrededor de 9 años fue el tiempo promedio que el 49,2% de las personas llevaba sin hogar, el 44,6% de los encuestados vive con personas que no tienen parentesco con ellos. Por otro lado, el 73,8% de los encuestados reportó haber trabajado en los seis meses anteriores, y el 69,5% se encontraba trabajando en el momento de la entrevista. Por último, pero no menos importante, el 20% de los encuestados reveló un historial de condenas judiciales que duraron más de tres años. Un poco más del 25% de los encuestados afirmó haber sido víctima de delitos en el año anterior. Los participantes dieron una puntuación media de 5 sobre 10 en la autopercepción del estado de salud. En el 49% se identifican problemas de salud física, el 56% admite haber experimentado problemas con su salud mental durante el año anterior. Sin embargo, a pesar de que todos los encuestados

participan en el programa de gobierno, sólo el 87,7% mencionó recibir asistencia de alguna institución del Estado, el 73,8% de los encuestados afirma mantener el contacto con algún familiar como forma de apoyo. Los miembros de la familia con los que más se relacionan son sus hermanos (58,3%) y luego sus hijos (27,1%). Sólo el 26,2% de las personas sostiene contacto con personas o grupos que operan en su barrio, según la percepción de apoyo comunitario. La capacidad de comunicarse y recibir apoyo personal (52,9%), así como la necesidad de asistencia práctica (41,2%), son los principales impulsores para continuar con este tipo de contacto. Dependen más de los profesionales (69,2%) y recurren a organizaciones benéficas y médicas (55,4%). Las puntuaciones en las escalas de necesidades existenciales, uso de trabajo, ocio y salud cuentan con puntajes mayores a 4, estando por encima de la media, y es signo de una mayor presencia de estas. Las necesidades de apoyo diario tienen valores cercanos a 3. En cuanto al espacio físico disponible, el 78,5% de los encuestados dijo tener un lugar para dormir y el 72,3% dijo tener una choza. Las zonas con mayor escasez son los dormitorios diurnos (50,8%) y las instalaciones de lavandería (52,3%). Ser creyente (96,92%) y ser generoso (93,85%) fueron los rasgos que las personas mencionaron con mayor frecuencia cuando se les preguntó sobre los aspectos positivos que ven en sí mismos y qué tan útiles han sido para afrontar su situación de falta de vivienda. Ser bueno para hacer amigos y tener buena memoria son los menos mencionados con 65,62% y 58,46%, respectivamente. Como última limitación se destaca el muestreo utilizado en este estudio, ya que los hallazgos deben ajustarse a la muestra de referencia, no se recomienda generalizar a la población chilena, dado que los entrevistados fueron atendidos por especialistas que brindan apoyo directo en los programas, también es posible que

existan sesgos informativos. Este estudio ayuda en la creación de bases para futuras investigaciones con iniciativas que formen parte de investigaciones acorde a los recursos y requerimientos de la población.

En otro estudio titulado “Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo” de la autoría de Pérez et al. (2018), se realizó un proceso investigativo con el fin de indagar la salud mental positiva entre hombres y mujeres en una muestra conformada por 533 estudiantes de nivel medio – superior, provenientes de la Ciudad de Toluca, Estado de México, representando los hombres el 44.4% y las mujeres el 55.6%, con edades entre 14 y 20 años. Se implementaron como instrumentos la Escala de salud mental positiva (Lluch, 1999) y el Cuestionario sociodemográfico. Se establecieron 4 rangos para medir la salud mental positiva, representando el rango de entre 77-110 un nivel muy bajo, entre 111-122 un nivel bajo, entre 123-135 un nivel alto y entre 136-149 muy alto. Los resultados demostraron que con base a los criterios, se adquirió la media respectiva a la salud mental positiva ($M = 122.9$, $DE = 12.9$), la cual es equivalente a un bajo nivel de salud mental positiva según los rangos, a pesar de ellos se encontró que el 38.3% de la muestra está situada en el nivel alto y 16.1% en muy alto respecto a la salud mental positiva. Las dimensiones que obtuvieron la media más alta fueron Satisfacción personal ($M=3,52$) y Actitud prosocial ($M=3,37$), y la más baja Habilidades de relaciones interpersonales ($M=2,99$). Por último, para la salud mental positiva por sexo se encontraron resultados estadísticamente significativos para las dimensiones Actitud prosocial ($p=0,001$), Satisfacción personal ($p=0,003$) y Autocontrol ($p=0,001$). Los resultados arrojaron que los adolescentes mexicanos de la muestra presentan un nivel de salud mental positiva adecuado y que

uno de los aspectos que mayormente la fortalece es estar satisfechos con lo que hacen y sentir que están en capacidad de cumplir sus objetivos, ya que el nivel más alto lo obtuvo el factor de satisfacción personal, aunque, mostraron dificultades referentes al autocontrol.

El estudio realizado por Teismann et al. (2019), titulado “Positive mental health, positive affect and suicide ideation”, se realizó la investigación con el fin de demostrar la SPM y la ideación suicida son mediadas por el efecto positivo. La muestra del estudio estuvo compuesta por 150 pacientes ambulatorios (65,3%; mujeres; edad: $M(DE)=37,79(13,50)$, rango:18-77) que inició tratamiento en un ambulatorio universitario en Alemania entre abril y octubre de 2018. Se utilizó el Cuestionario de Salud Mental Positiva y la Subescala de Ideación Suicida. Se encontró que en el primer modelo de regresión que explicaba el 23,6% de la varianza, SMP se relacionó negativamente con la ideación suicida, el afecto positivo mostró una asociación negativa con el suicidio. La ideación en el segundo modelo de regresión (28,3% explicó diferencia). En el tercer modelo, el 16,8% de la varianza fue explicado. El afecto negativo se relacionó positivamente con la ideación suicida. El afecto positivo está totalmente mediado la correspondencia entre SMP y la ideación suicida en el primer análisis de mediación bootstrapped ($c: p=.0000; c': p=.1474$). En contraste, el afecto negativo no sirvió como intermediario entre SMP e ideación suicida ($c: p=.0000; c': p=.0002$). Entre la SPM y la ideación suicida, se identificó que el afecto negativo no es un mediador significativo, mientras que el afecto positivo resulta ser un mediador significativo entre ambos factores, por lo que se concluye que la salud mental positiva tiene una función protectora en relación con la ideación suicida debido a la presencia de un mayor nivel de afecto

positivo. Es decir, cuando la salud mental positiva se refleja en un aumento de las emociones positivas, es menos probable la aparición de la ideación suicida.

Rea (2021) en el estudio de “Relaciones sociales, estigma y bienestar a través de las experiencias de personas sin hogar en el Reino Unido” tiene como fin analizar y entender las maneras en que la función y la estructura de las relaciones sociales brindan apoyo para amortiguar los efectos del estrés para quienes ocupan un lugar de posición social estigmatizada, además de desarrollar una comprensión de las interacciones sociales de los individuos que experimentan la ausencia de vivienda. Llevando a cabo una metodología mixta donde inicialmente participaron 20 personas en el análisis cualitativo, en este se consideraron los tipos de apoyo tanto dado y recibido por las personas a lo largo de sus experiencias de falta de vivienda y la prueba de exploración cuantitativa realizada a 1089 personas se enfoca en el tipo de apoyo, y de quién, puede ser más beneficioso para amortiguar el estrés de la falta de vivienda, además de un análisis correlacional para medir como se da el relacionamiento entre el tipo de apoyo y la fuente (ej., apoyo emocional de la familia o apoyo instrumental de amigos) y el bienestar (depresión y ansiedad) en los participantes que actualmente experimentan falta de apoyo. Uno de los hallazgos sobre la vida de estas personas es que informan sentirse solas y aisladas del resto del mundo, los participantes de la entrevista hablaron sobre retirarse activamente y sentir falta de confianza en los demás, debido a experiencias negativas en relaciones anteriores y experimentar resultados negativos en la salud mental. En cuanto a los resultados del MANCOVA, indicaron un efecto general significativo del grupo de participantes sobre el apoyo social percibido, en quienes están sin hogar se obtuvo la media instrumental ($M=7,48$) y emocional ($M=7,16$), siendo estas

más bajas en comparativa, mientras que grupo de nivel socioeconómico más alto contaba con una mayor percepción de apoyo social tanto instrumental ($M=10,18$) como emocional ($M=9,13$), de esta forma se evidencia que las personas sin hogar perciben niveles más bajos de apoyo social, tanto en general como específicamente de la red de apoyo familiar. En el análisis de chi-cuadrado de Pearson para examinar las diferencias en la confianza interpersonal entre los grupos de participantes, se descubrió que las personas sin hogar tenían menos probabilidades de confiar en las personas nuevas que conocían ($P=.011$), mientras que el grupo de nivel socioeconómico más alto tenía más probabilidades de confiar en las personas nuevas ($P=0,001$). Se puede concluir que las diversas formas universales de contacto y apoyo social percibido no se asocian consistentemente con la salud mental. Más bien, distintos tipos de apoyo, provenientes de diferentes fuentes de apoyo, se asocian con niveles más altos de salud mental. Es indispensable diseñar intervenciones donde se tengan en cuenta las cuestiones relativas a la propiedad, la riqueza y los valores sociales, además de revisar las políticas de reubicación de familias sin hogar a más de 100 millas de su lugar de residencia sin tener en cuenta el inconveniente que generaría para el trabajo, la escuela y la comunidad. Además, se debe reconocer el impacto psicológico de estas políticas en las familias y no declarar a las personas que se niegan a mudarse como “intencionalmente sin hogar” y retirarles el apoyo. El hallazgo de las personas que se mostraron reacias a buscar fuentes de apoyo por miedo a ser vistas como un fracaso o decepcionar a sus redes de apoyo, resalta aún más la responsabilidad de la sociedad en general de desestigmatizar el contexto en que se encuentran las personas sin hogar. La sociedad necesita reevaluar la presentación de los individuos sin hogar en los principales medios de comunicación masiva y

reconsiderar las políticas punitivas hacia las personas sin hogar. Para reducir el estigma social asociado con la falta de vivienda, es importante reconocer que perder la casa es un fracaso social más que personal.

4.2.2. Antecedentes nacionales

El artículo escrito por Avella (2014), “Percepción de la calidad de vida en habitantes de calle en un hogar de paso en Bogotá”, consta de una investigación que abordó el tema, con base en un enfoque cuantitativo y un estudio descriptivo, evidencia los hallazgos de la aplicación de encuestas y el inventario de calidad de vida (ICV), llevado a cabo en muestra en la que participaron 11 habitantes de calle en la ciudad de Bogotá, y con el objetivo de identificar la autopercepción de su calidad de vida, se investigó si se evidencia un vínculo con los familiares cercanos, específicamente con el núcleo familiar primario, los factores como la limpieza, la alimentación, el lugar de descanso y la salud, fueron tenidos en cuenta. Desde un inicio se anticipa que la información contenida en este trabajo será útil en el campo de la investigación, ya que la idea es incluir y promover más estudios sobre estos temas en poblaciones donde los márgenes de calidad de vida están claramente bajo el promedio aceptado por la sociedad. Según los resultados, el 91% de los participantes eran hombres y el 81% de ellos dijeron estar solteros. Esta población cuenta con un rango de edad entre 25 y 62 años. Entre los encuestados, el 54,6% afirmó que su formación académica se limitaba a la escuela primaria. En comparación, el 81,9% sólo había visitado el refugio para personas sin hogar durante unos días o meses, mientras que el 72,8% ha vivido años en la calle. En este grupo, se informó que el 63,7% de las personas consumía alcohol y bazuco; la cocaína y la marihuana en un 54,6%; y el 45,5% había consumido

sustancias psicoactivas entre uno y quince años. En cuanto a la composición de sus familias, el 45% tiene núcleo familiar conformado por una madre, y en el mismo porcentaje aún reportaron tener relación con ella; el 45% dijo que su núcleo familiar estaba formado por un padre, pero sólo el 18% aún reportó tener parentesco con él; el 72% dijo que tenía hermanos y el 63% dijo que estaba relacionado con ellos; El 63% dijo tener hijos, pero sólo el 27% informó haber tenido contacto con ellos. De acuerdo con los resultados se concluye que factores como la salud, la autoestima, los valores y objetivos de vida son altamente relevantes en este grupo. Si bien se encuentra cierto grado de satisfacción en los resultados acumulados, cabe señalar que no es el porcentaje más alto para la población evaluada porque los grados de insatisfacción se denotan en el mismo índice. De la misma manera que estos sujetos otorgan un gran valor a factores como ocio, amor, espiritualidad y amistad, estos temas también experimentan altos niveles de satisfacción. Sin embargo, algunos factores, en cuanto a la educación, comunidad, barrio y entorno, evidencian un nivel medio en su evaluación, lo que resulta en un cierto nivel de satisfacción y significancia para ellos. Cuando se trata de importancia y nivel de satisfacción, factores como la familia, el dinero, el trabajo, la creatividad, la vivienda y la comunidad obtuvieron puntuaciones por debajo del promedio. Finalmente, se determinó que los factores que indican bajos niveles de satisfacción se vinculan a los diversos inconvenientes con los que cuenta esta población, como red de apoyo primaria y la falta de posibilidades en la obtención de empleo y así mejorar su nivel económico. Esto se hizo tomando los resultados pasados en contraste con el reporte de diferentes autores involucrados con habitantes de calle y calidad de vida.

En otra investigación realizada por Jiménez y Padilla (2015) denominada “Estudio comparativo entre habitante de calle y estudiantes universitarios mediante el self-reported psychopathy inventory-short form (SRP-III-SF)” se aplicó un diseño cuantitativo descriptivo y psicométrico transversal a una muestra de edad entre 18 y 60 años, conformada por 40 hombres estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá (Grupo B) y 40 hombres que son miembros de una fundación sin ánimo de lucro que trabaja para la resocialización de personas en situación de calle (Grupo A). El instrumento utilizado se desarrolló teniendo en cuenta cuatro criterios: interpersonal, afectivo, estilo de vida y antisocial. Se compararon las dos muestras de población mediante una prueba $t=0,000$ para muestras independientes y se descubrió que, estadísticamente son evidentes algunas diferencias entre las dos muestras de población en todos los factores. Quedó claro que el grupo A promedió más alto que los promedios del grupo B en el factor 1 (relaciones interpersonales), lo que demuestra que, esta población particular del grupo A, cuenta con una tendencia a rasgos de "manipulación, aprovechamiento de los demás, engaño, suplantación y desprecio". En el factor 2 del estilo afectivo de cada sujeto, se encuentra que el grupo B presenta la media con mayor puntuación, en cuanto el grupo A sigue puntuando más alto dentro del mismo factor donde se manifiesta con “falta de culpa, falta de vínculos, violencia visual, frialdad emocional y tienden a desechar a los amigos” (León, 2012, p. 169). En el factor 3 se identifican conductas de los sujetos estudiados, pero en especial del Grupo A puntuando dentro del factor comprendido con una media de 20.40, donde pueden presentar “rebeldía, impulsividad, rompimiento de normas, problemas repetitivos y arriesgarse por diversión” (León, 2012, p. 169). Y para el factor 4 el grupo A tiene la media más alta entre las poblaciones

estudiadas con un puntaje de 21.6, lo cual indica que tienen probabilidad de presentar rasgos de personalidad antisocial. Finalmente, se aconseja que futuras investigaciones aumenten el tamaño de la muestra tanto en la población de habitantes de calle como en la población sin este estatus, dado que los tamaños de muestra utilizados en cada uno de los grupos son relativamente pequeños.

“Descripción de factores psicosociales de los habitantes de calle del municipio de Facatativá” fue realizada por Alvarado Quintero (2019) en el municipio de Facatativá con el fin de realizar una descripción de factores psicosociales en los habitantes de calle del municipio de Facatativá. En este se tomó como muestra una población conformada por 14 habitantes de calle del municipio, siendo estos, 12 hombres y 2 mujeres entre los 18 y 73 años. Se llevó a cabo por medio del enfoque cuantitativo usando un cuestionario, a través del cual se obtuvo información sociodemográfica y los factores psicosociales. Entre los resultados obtenidos se encuentra el tiempo que han habitado en calle, donde el 57% lleva entre 1 a 5 años, el 28% entre 6 a 10 años y el 14% entre 11 a 50 años. El total de los participantes considera que su condición de habitante de calle puede cambiar representativamente si decide tomar la decisión de rehabilitarse y el 57% piensa que lo lograría a partir de conseguir un trabajo para obtener ingresos, comenzando o retomando un estudio con el 21% y finalmente, el reincorporarse a las dinámicas familiares y retomar vínculos con el 7%. Todos los participantes aceptaron consumir sustancias psicoactivas y entre las razones expuestas, las cuales los llevaron a la habitanza en calle, se encuentran con el 85% las dificultades económicas, la violencia intrafamiliar y deserción académica con el 57%, dificultades emocionales con el 42%, familiares con antecedentes en la habitanza en calle y pocas

oportunidades laborales con el 21%, participación en diversas actividades ilícitas con el 14% y en último lugar el trabajo en calle e influencia de amigos o terceros. Se pudo concluir que la población masculina presenta con mayor frecuencia condición de habitante de calle que las mujeres, principalmente en adultos jóvenes entre los 19 a 25 años. En cuanto a la escolaridad, se identificó principalmente desescolarización a temprana edad, lo cual conllevó al inicio de otras actividades como trabajos informales con el fin de conseguir dinero que les permita proveerse de alimento y suplir sus necesidades básicas. En esta población no se evidencian problemáticas de salud, pero si se identifica escases económica, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato intrafamiliar y deserción académica. Finalmente, se identifica el consumo de sustancias psicoactivas como el principal factor que induce al surgimiento y mantenimiento de la problemática de habitantes de calle en el municipio de Facatativá, de esta forma, todas estas variables pueden llegar a ser factores detonantes en problemas de salud mental en dicha población.

4.2.3. Antecedentes locales

En el estudio “Caracterización demográfica, social, económica y familiar de los habitantes de calle de la comuna 11 de la ciudad de Medellín”, llevado a cabo por Correa (2007) de carácter descriptivo, el cual se realizó un censo de habitantes de calle, donde se detectaron entre 110 y 120 habitantes de calle. Como técnica de recolección se usó una encuesta personalizada, aplicada a 105 personas, con el fin de ilustrar hallazgos del estudio, considerando informaciones recogidas mediante 29 entrevistas a profundidad. Para el procesamiento de la información se diseñó una base de datos en SPSS y se realizó un análisis estadístico estrictamente descriptivo. Este estudio

tiene como objetivos conocer las características demográficas, socioeconómicas y familiares de las personas que viven en situación de calle; recuperar elementos históricos sobre su presencia en el área, así como la motivación que los lleva a establecerse en esa zona específica y no en otra parte de la ciudad; identificar su familia de origen y las relaciones que mantienen con ella; comprender la conformación y el tipo de relaciones familiares y de pareja que establecen; explorar los grupos que forman los habitantes de la calle, incluyendo las características básicas de su funcionamiento, las muestras de solidaridad entre sus miembros, su estructura, permanencia y conflictos; caracterizar sus relaciones con instituciones, programas y servicios destinados a asistirlos en el área mencionada; y describir las relaciones que mantienen con los comerciantes y residentes de dicho sector. En el estudio realizado con 105 habitantes de la calle, se encontró que el 52,4% de ellos establecen relaciones con los vecinos, de los cuales obtienen alimentación (41,9%), ropa (32,4%), dinero (31,4%), protección (28,6%), trabajo (31%), compañía (29,5%), pero también experimentan maltrato (9,5%). Asimismo, el 34,3% interactúa con los comerciantes, obteniendo bienes y servicios en menor proporción: compañía (16,2%), alimento (22,9%), ropa (13,3%), dinero (17,1%), trabajo (21%), protección (13,3%), y algunos solo reciben maltrato (5,7%). Es interesante observar las relaciones que se establecen entre los mismos habitantes de la calle; el 62,9% del grupo estudiado afirmaron que interactúan con sus pares, de los cuales obtienen compañía (40%), alimento (32,4%), ropa (23,8%), dinero (17,1%), trabajo (20%), pero también maltrato en muchas ocasiones (15,2%). Sin embargo, al profundizar en vínculos más estrechos, como la conformación de grupos, se encontró que la mayoría de las

relaciones son temporales y no van más allá de lo instrumental, centradas principalmente en la supervivencia.

Es por lo que se concluye que, el proceso de exclusión estructural que afecta a los habitantes de la calle, y a otros grupos humanos en nuestra sociedad, podría revertirse fundamentalmente mediante elementos de integración o inclusión que aborden y superen estas raíces estructurales.

Con el objetivo de establecer las causas que inducen a que los hombres habitantes de calle del Centro Día, se nieguen a hacer un cambio en su estilo de vida y seguir habitando la calle, Arias y Pamplona (2015), en la investigación “Razones de hombres jóvenes habitantes de calle, entre los 20 y 50 años, para continuar viviendo en la calle” implementaron una metodología mixta cuantitativa descriptiva, en una muestra de 30 personas la información contenida se recolectó mediante el cuestionario razones de hombres jóvenes habitantes de calle de la ciudad de Medellín, entre los 20 y 50 años, para continuar viviendo en la calle, el cual consta de 18 preguntas. Se concluyó que el uso de SPA y la falta de motivación para realizar cambios en la vida son los factores más importantes que favorecen la permanencia en la calle. Asimismo, gracias a los resultados obtenidos se encontró que las tres razones más comunes dadas para vivir en la calle por los participantes del estudio fueron, el abandono familiar en un 23%, la obstinación en un 22,5% y la adicción a las drogas en un 21,8%. Finalmente, al examinar los factores principales que llevaron a los participantes a elegir la calle como lugar para vivir un 37% afirmó que fue la combinación del consumo de drogas y los conflictos familiares; el 17% indicó que fue la mezcla del consumo y la influencia de amigos; y el 10% plantea que fue la

combinación del consumo y la muerte de un ser querido. Por lo tanto, se concluye que los resultados presentados muestran que la mayoría de los habitantes de calle en Medellín provienen de la misma ciudad o de otros lugares donde consideran que las condiciones para sobrevivir en la calle son mejores. Tienen entre 30 y 40 años, poseen un nivel educativo más alto de lo esperado y carecen de vínculos afectivos de pareja. La mayoría lleva entre 11 y 20 años en la calle, asistiendo al Centro Día entre 1 y 10 años, ya que lo ven como una fuente de ayuda continua. La principal razón por la que llegan a la calle es el consumo de drogas relacionado con conflictos familiares. Se sienten atraídos por el consumo de drogas, la sensación de libertad, la desconexión con la realidad y la oportunidad de obtener dinero. La atención en el Centro Día es satisfactoria en general, pero algunos usuarios se sienten discriminados por ciertos líderes. Se recomienda evaluar el plan de intervención y seleccionar personal con habilidades adecuadas. Las principales barreras para cambiar son la adicción a las drogas, la falta de voluntad, la falta de apoyo familiar y la falta de oportunidades laborales que no representen un riesgo de recaída, además de su resistencia a cambiar su situación.

“Bienestar psicológico en habitantes de calle resocializados de la ciudad de Medellín”, realizado por Arrieta et al. (2019), detalla los hallazgos de un estudio que buscó describir la salud psicológica de una muestra de habitantes de calle resocializados en la ciudad de Medellín. Se empleó una entrevista semiestructurada diseñada según el concepto teórico de Bienestar Psicológico, donde se evalúan factores como la autoaceptación, autonomía, control situacional, vínculos psicosociales y proyectos, las cuales conforman las cinco dimensiones de la investigación. La estrategia metodológica del estudio de caso permitió un acercamiento a las

dimensiones del bienestar psicológico en cuatro participantes adultos de Medellín. Los hallazgos indican que los individuos muestran elementos de cambio en cada dimensión con relación a su condición previa como personas sin hogar. De igual manera, aún persisten problemas en la toma de decisiones y el autocontrol que requieren mayor vinculación familiar, redes de apoyo y asistencia profesional, y manteniendo como eje transversal la ayuda a los demás, valor central en el que coincidieron todos los entrevistados.

4.1. Marco teórico

4.1.1. *Habitante de Calle*

Solo hasta que se estableció la Política Pública para Habitantes de Calle (2013) mediante la Ley 1641, se definió al habitante de calle como una “persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar” (p.1). Respecto a ello, se puede identificar a la habitanza en calle como un acontecimiento sin distinción entre el sexo, edad, profesión o estrato socioeconómico, en donde se ha identificado a los jóvenes como la población más vulnerable ante esta problemática, ya que estos se ligan e influyen más fácilmente de las diversas conductas y dinámicas que se vivencian en la calle como es el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, la delincuencia, prostitución, y otros modos de relacionamiento con los demás (Maturana et al., 2018).

En la actualidad se evidencia una problemática de salud con la habitanza de calle, la cual ha sido definida y abordada por la Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social (2020) como:

Un fenómeno social urbano multicausal, producto de condiciones estructurales de desigualdad material y simbólica, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle, lo cual determina un estilo de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos. (p. 3)

4.1.1.1. Condiciones problemáticas que causan la habitabilidad en calle.

Dentro de estas se identifica marginación social y falta de acceso a una vivienda digna, lo cual se ve reflejado por el escaso acceso a bienes y servicios primarios de índole económico, social, laboral, educativo y de salud, además de los obstáculos e impedimentos presentados en diversos contextos y entidades para permitirles un debido acceso a posibilidades al ejercer sus derechos de ciudadanos. Asimismo, el estigma y la discriminación hacen parte de estas condiciones, ya que es evidente la visión negativa respecto a los habitantes de la calle por parte de la sociedad en general, estigma que permanece incluso cuando los individuos superan su condición de calle y se esfuerzan por conseguir inclusión económica, social y política. El hecho de que existan barreras que no posibiliten que las personas habitantes de calle tengan acceso a un documento de identidad, se convierte en un factor determinante para el reconocimiento de estos como ciudadanos de derechos que forman parte de la sociedad y no les permite acceder a la justicia, llevando así, a que se desconozcan tanto de sus derechos como deberes y la posibilidad de obtener los múltiples beneficios que se les garantizan en búsqueda de su bienestar, lo cual conlleva a una poca participación en los diversos contextos tanto políticos como sociales y económicos, así como dificultades para mantener y afianzar estos medios que les brindan bienestar integral. Es por esto, que dicha población se convierte en víctima de ciertos tipos de

violencia constantemente y al tener desconocimiento de sus derechos, no buscan acceder a los mecanismos establecidos por los entes gubernamentales que tienen como fin garantizar y velar por la protección de cualquier ciudadano colombiano, como es el caso de estos individuos al encontrarse indefensos y vulnerables frente al ser utilizados para las actividades ilícitas de bandas criminales, dado los altos niveles de marginación social y una débil red de apoyo frente a la problemática. Además de ser sujetos que presentan altos índices de conflictividad e impulsividad dentro del interrelacionamiento con el resto de la población debido a las diversos hábitos y prácticas dentro de su dinámica en calle (Minsalud, 2022).

4.1.1.2. Políticas dirigidas al habitante de calle.

El *Acuerdo Metropolitano N°24 el cual* “promueve la formulación y adopción de una Política Pública Social para los Habitantes de Calle en los municipios del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y se crea la Red Metropolitana de Prevención y Asistencia para Habitantes de Calle” (Acuerdo Metropolitano Nro. 24, 2015, Resolución 4347, p.58).

Se da como respuesta por parte del Área Metropolitana a los planteamientos expuestos en la Ley 1641 de 2013 “por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle y se dictan otras disposiciones” (Acuerdo Metropolitano Nro. 24, 2015, Resolución 4347, p.58).

Además, la Mesa Técnica de Habitante de Calle del año 2017, pretende la creación e implementación de diversos procesos de formación y desarrollo para quienes se encuentran involucrados en el manejo de los procesos para el abordaje e intervención de la población habitante de calle, actuando de manera conjunta con la Secretaría de Inclusión Social, Familia y

Derechos Humanos de Medellín y sus unidades técnicas, la Policía Nacional, el Fondo Mundial e instituciones educativas de educación superior (Acuerdo Metropolitano Nro. 24, 2015, Resolución 4347, p.58).

4.1.1.3. Política pública de habitante de calle (ley 1641 de 2013).

Según la ley 1641 del 2013 se pretende “establecer directrices generales para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, con el fin de promocionar, proteger, garantizar, restablecer los derechos de estas personas y lograr su atención integral, rehabilitación y mayor inclusión social” (p.1). Para poder lograr el fin de esta política es necesario que se genere responsabilidad con los debidos requerimientos, por medio de una agrupación intersectorial e interinstitucional pertinente, a nivel nacional, como departamental y local, con el fin de prevenir la condición de habitanza en calle y prestar los servicios necesarios a los que habitan en ella, para garantizar bienestar y alcanzar la superación de esta situación, es decir, lograr un cambio en las condiciones de vida.

4.1.1.4. Programa Habitante de Calle: “Unidos por la Vida y la Dignidad” de la IPS

Integral Salud Antioquia y la Secretaría de Inclusión Social y Familia del Municipio de Sabaneta.

La IPS Integral Salud Antioquia es el operador del programa de Habitante de Calle del municipio de Sabaneta “Unidos por la vida y la dignidad”, en donde se realizan atenciones desde dos modalidades, la ambulatoria y residencial, cabe mencionar que dicho programa pertenece además a la Secretaría de Inclusión Social y Familia.

La Secretaría Inclusión Social y Familia de Sabaneta, en cuanto a planes, programas y proyectos sociales fundamentados en políticas públicas orientadas al bienestar integral, basado en una cultura de derechos y deberes de las familias, es quien los coordina y lidera (IPS Integral Salud Antioquia, 2020).

La Secretaría de Inclusión Social y Familia del municipio de Sabaneta, Antioquia, junto con el apoyo de la IPS Salud Antioquia, trabajan en el manejo de sustancias psicoactivas y adicciones con el programa Habitante de Calle, en donde se brinda a las personas habitantes de calle, en calle o en riesgo de calle, una atención integral, así mismo, el proyecto cuenta con dos modalidades diferentes, primeramente el programa residencial eco-granja, localizado en el municipio de Copacabana, Antioquia, en donde se busca un satisfactorio proceso de rehabilitación y resocialización mediante la obtención de logros como la creación de conciencia de la enfermedad, el manejo de la ansiedad respecto al consumo de sustancias y la capacidad de realización de un nuevo proyecto de vida, esto, con una duración de entre 6 a 8 meses dependiendo del caso. Por otra parte, se encuentra el programa ambulatorio en donde se trabaja con la población en calle, de calle y en riesgo de calle del municipio de Sabaneta, mediante el acompañamiento y apoyo a través de talleres, encuentros y atención psicológica individual (Alcaldía de Sabaneta, s.f).

4.1.1.4.1. Modelo de atención.

El modelo de atención dentro de la IPS Integral Salud Antioquia se ha planteado una estrategia de atención para la habitanza en calle unidos por la vida y la dignidad, el cual consta de tres fases, siendo la primera el diagnóstico inicial, contrato terapéutico y adaptación, esta consta

de una duración de 2 meses, con el objetivo de motivar al usuario para adherirse al programa, comprometiéndose con un tratamiento apropiado y funcional, que le permita alcanzar la abstinencia de las adicciones y establecer el plan de atención para la habitanza en calle. El proceso inicia con la entrevista diagnóstica mediante la caracterización, valoración individual por psiquiatría, psicología, enfermería y visita familiar domiciliaria. En esta fase se explora la intención que motiva al usuario a recibir el tratamiento, el por qué solicita ayuda en ese momento en particular, y cuáles ha sido sus experiencias previas al tratamiento tales como psicoterapia, farmacoterapia y recaídas. Respecto al área de psicología se espera obtener avances en la indagación acerca de la historia de vida, el historial de consumo y la motivación individual del paciente, buscando generar enganche terapéutico y estabilización emocional (IPS Integral Salud Antioquia, 2020).

Seguido a esta, la segunda fase, consta de la deshabitación y conciencia, caracterizada por una duración de 3 meses, con el objetivo de generar métodos y estrategias que lleven a mantenerse libre de las adicciones y evolucionar desde el estado de habitanza en calle hacia una vida digna. El paciente demostrará que su estado físico y orgánico se encuentra fortalecido y en condiciones para generar iniciativas de reinserción social, familiar y económica, mediante el desarrollo de aptitudes y actitudes personales y ocupacionales, que lo llevarán al aprendizaje de conocimientos laborales y habilidades para la vida. En esta fase, los usuarios comienzan a generar su auto cuidado y la autoprotección con el fin de evitar caer en conductas autodestructivas. Por último, en la tercera fase, se da la proyección y el desprendimiento, con una duración de 2 meses y con el objetivo de promover las acciones necesarias encaminadas hacia el

alta médica del proceso terapéutico, mediante la estructuración del proyecto de vida individual y familiar, que le permita al paciente la autogestión, logrando que las necesidades básicas sean suplidas y la abstinencia a las adicciones (IPS Integral Salud Antioquia, 2020).

4.1.2. Proceso de resocialización

La resocialización es un proceso que requiere de un constante acompañamiento que se apoye de profesionales y diversas entidades que presten estos servicios, ya que las personas que han vivido esta experiencia y han presentado adicciones a ciertas sustancias, han dejado de lado todo lo que habían construido hasta el momento, además de presentar episodios de crisis a raíz de la abstinencia y evidenciando altos índices de susceptibilidad a posibles recaídas que afectan nuevamente cada una de las esferas que conforman su vida (Maturana et al, 2018).

Por otra parte, es importante tener cuenta que los procesos de resocialización según Calderón (2018) “buscan dar cuenta de esa complejidad que surge de esos entornos donde la marginación, la exclusión y el señalamiento desvinculan a las personas del orden social vigente” (p. 144). Es por lo anterior, que dicho proceso es entendido como todas las estrategias pedagógicas que se usan para que un individuo se incorpore nuevamente a la sociedad, siendo la rehabilitación e inclusión social y la atención integral los factores que permiten a dicha población la posibilidad de ejercer sus deberes y derechos como habitantes de la comunidad (Ruiz, como se citó en Mejía et al, 2018).

En este mismo orden, es importante tomar los lineamientos sugeridos por el Sistema de Atención al Habitante de Calle en Medellín, que según Calderón et al. (2018) se han reglamentado con el fin de describir la condición del ciudadano habitante de calle que ha sido

resocializado, comprendiéndolo como un individuo que no duerme en la calle o en los dormitorios comunitarios, que no hace uso de centros de atención básica y sus servicios, que cuenta con recursos económicos y progresivamente ha dejado significativamente el consumo de sustancias psicoactivas, además de contar con la afiliación a la salud y cédula de ciudadanía y que ha logrado recuperar un espacio en su red de apoyo o familia.

4.1.2.1. Redes de apoyo.

Seguido a esto, en cuanto a lo que las redes de apoyo respectan, han existido teóricos que mediante sus investigaciones han dado cabida a una correcta definición de estas, como en el caso de Tinoco y González (2019), quienes plantean que las redes de apoyo son una “característica de la estructura social en la que los individuos encuentran elementos de contención, protección, acompañamiento y recursos para afrontar los problemas cotidianos mediante el soporte y auxilio de otros” (p.4). Asimismo, Quintero Acosta (2017), asegura que las redes de apoyo son un factor importante dentro de los procesos de resocialización de los habitantes de calle, puesto que, de los vínculos con algunos familiares, en el caso de que los haya, y el afianzamiento de los lazos y redes interpersonales, generan nuevas formas de recomponer el tejido socio - familiar, lo que resulta de un valor fundamental para todo sujeto.

4.1.3. Habitante de calle y salud mental

Astorquiza (2017) evidencia que en cuanto a la salud mental del habitante de calle resalta el nivel de inmadurez afectiva y emocional, asumir otros roles a temprana edad, la falta de una figura autoritaria, el libertinaje, son las causas de esta situación actual, generándoles problemas al no poder relacionarse adecuadamente con otros individuos, llevándolos a percibir

inapropiadamente el afecto, inmersos en patrones de conductas agresivas y violentas, conllevando a un autoconcepto negativo, relacionado con frustraciones y miedos al fracaso, generando expectativas negativas, cierto grado de resignación, además de baja motivación para salir de su actual condición, sumado a la falsa creencia de poder hacerlo en cualquier momento, sin sentir la necesidad de ayuda para lograr un proceso exitoso.

La inmadurez emocional se encuentra entre los aspectos que caracterizan la salud mental del habitante de calle, generando problemas en el autoestima y autoimagen del individuo, es por esto por lo que su autoconcepto es débil, además, las personas inmaduras emocionalmente dependen en gran medida de los comentarios, apreciaciones y juicios de valor dados y otorgados por alguien más, siendo así personas inestables e inseguras. Asimismo, en cuanto a las relaciones interpersonales, su desbalance y desequilibrio emocional son evidentes, es por esto, que las personas que presentan inmadurez emocional tienden a tener dificultades en todos los grados de convivencia social, pues son incapaces de salir de su zona de confort y empatizarse con el otro. Las personas inmaduras emocionalmente, presentan problemas individuales no solucionados, convirtiéndose en una de las fuentes y pilares en la sensación constante de falta de tranquilidad y realización en su vida, situaciones que permean y agobian emocionalmente al sujeto, además de presentar problemas para comunicarse adecuadamente con otras personas dentro de la interacción, puesto que carece de consideración, aceptación y respeto por el otro, al mismo tiempo que se vuelve inflexible al ser poco abierto emocionalmente en la manera como percibe la realidad y en el sentido de colocarse en el lugar del otro en determinados contextos (Alonso-
Novo, 2018).

4.1.3.1. Salud mental en habitantes de calle en proceso de resocialización.

Los proyectos de vida de los participantes en un proceso de resocialización, se caracterizan por la identificación de carencias en la afiliación, seguridad y autorrealización, establecidas en la Escala de Maslow, aspectos que le permiten a un individuo desenvolverse de manera adecuada dentro de la sociedad, siendo estas, la necesidad de encontrar un empleo que le permita una estabilidad económica, la aspiración y anhelo de reconstruir sus vínculos familiares, dejar de ser excluidos por la sociedad y así erradicar el sentimiento de soledad de sus vidas (Tamayo et al., 2016).

4.1.4. Salud mental

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y aportar algo a su comunidad”.

Ahmed Okasha (como se citó en Collazos, 2007) consideró la salud mental como “un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades” (p.5).

Según el estudio poblacional de salud mental, realizado en el municipio de Envigado, por Torres de Galvis et al. (2018) la salud mental individual está sujeta a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, relacionados principalmente con los índices de pobreza, y sobre todo, un débil nivel educativo. Por otra parte, se determina que las deficiencias en salud mental se relacionan con algunos cambios inesperados a nivel social, malas condiciones laborales,

exclusión social, discriminación de género, malos hábitos de salud, riesgo de violencia, mal estado físico y afectaciones de los derechos humanos.

4.1.4.1. Promoción y protección de la salud mental.

La promoción de la salud mental se basa en generar movimientos que propicien condiciones y entornos que ayuden a adoptar y mantener modos de vida saludables, además de un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales, donde se garantice la seguridad y libertad de todos los individuos (Torres de Galvis et al, 2018).

De acuerdo con lo anterior es necesario hacer énfasis en el papel que juegan las políticas nacionales de salud mental, aparte de ocuparse de los trastornos mentales, también deben reconocer y abordar aspectos más amplios que fomenten la misma, tal como la incorporación, ejecución y promoción dentro de los programas y políticas gubernamentales y no gubernamentales (Torres de Galvis et al, 2018).

4.1.5. Salud Mental Positiva

El concepto de salud mental positiva es usado en la descripción como algo más que la ausencia de enfermedad, puesto que es un término que está enfocado y dedicado especialmente a la promoción de la salud mental desde una perspectiva de desarrollo y fortalecimiento del funcionamiento óptimo del individuo (Teixeira et al., 2021).

Según Lluch (2008):

Es importante saber que la salud mental positiva no siempre se trata de ser feliz y estar contento, sino que también es mantener la atracción por un mundo ideal, integrando el sentido de la realidad de la vida: nacemos, vivimos y morimos en un ciclo vital altamente

complejo y como seres humanos estamos dotados de sentimientos positivos y negativos.

Es decir, la salud mental positiva es poder estar triste en momentos tristes, manteniendo la capacidad de funcionamiento social e individual, es un concepto y una construcción que está totalmente inmerso en la promoción de la salud mental y que puede incluirse en el marco de la psicología de la vida cotidiana. (p.16)

Sin embargo, la salud física y mental están fuertemente interconectadas y con fluctuaciones a lo largo del ciclo de vida, por lo cual son conceptos cambiantes y mantienen un estado dinámico. Por esto, la salud mental positiva va más allá de la promoción y se encuentra inmersa en cada uno de los ámbitos clínicos que abarcan la salud mental, desde la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación, e independientemente del ámbito, el concepto salud mental positiva explica más allá que ausencia de enfermedad, siendo también un espacio en el que se conserva la salud mental dentro de la enfermedad mental (Lluch, 2021).

4.1.5.1. Factores de salud mental positiva.

Dentro de lo que compone la salud mental positiva se identifican diversos factores que permiten establecer la medición de esta. Entre estos se encuentran la satisfacción personal, la cual hace referencia al autoconcepto y autoestima, siendo estas la valoración de sí mismo con relación a la vida personal y las expectativas del futuro, la actitud prosocial que se define como la sensibilidad del individuo con el espacio social, sumado a sus ganas y motivación de ser un apoyo y ayuda para las demás personas, además de la aceptación de estos y de los diferentes niveles sociales, asimismo, el autocontrol es el encargado de contemplar la capacidad del

individuo en el afrontamiento de situaciones conflictivas y del estrés, la tolerancia a la frustración, la ansiedad y el equilibrio emocional, de igual forma, la autonomía se refiere a la capacidad que posee un individuo para ejercer un criterio propio en sus decisiones, la autorregulación de sus acciones y el mantenimiento de buenos niveles de seguridad personal, en este mismo sentido, la resolución de problemas y autoactualización indica la capacidad que tiene el individuo para decidir y resolver los problemas del día a día, así como la adaptabilidad a los cambios, haciendo parte de sí mismo el crecimiento personal de forma continua y una actitud flexible, finalmente, las habilidades de relación interpersonal abarcan las formas y estilos de comunicación y establecimiento de relaciones interpersonales armoniosas del individuo con el entorno, sumado a la capacidad de expresar sus emociones, sentimientos y dar y recibir afecto (Lluch, 2021).

4.1.5.2. Decálogo de Salud Mental Positiva.

Al momento de hablar acerca de salud mental positiva, han surgido diversas recomendaciones que se han convertido en estrategias que pueden ser valoradas en conjunto o de forma individual, con el fin de reforzar en cada persona la salud mental positiva. Dentro de estas recomendaciones se encuentra la valoración optimista de los diversos aspectos que cada individuo tiene en su vida, el hecho de realizar con afecto las distintas actividades del diario vivir, donde la felicidad se encuentra escondida en la cotidianidad y de esta manera se busca que las personas no afronten las actividades diarias como forma de castigo o con cierto grado de indiferencia, con el fin de no ser punitivos con los demás y menos consigo mismos, buscando así que las emociones negativas no sean un bloqueo y no afecten la estabilidad de los individuos, es

por esto, que se hace importante concientizarse de los momentos agradables, disfrutar y ser consciente del presente, sin dejar de lado la expresión de la emocionalidad considerada negativa, por medio del llanto, con lo que se busca que se interprete con normalidad los sentimientos, de igual manera, es importante tener presente que si estos estados son profundos, incapacitantes y constantes, se hace conveniente buscar ayuda profesional, la cual puede ser parte de espacios y actividades que se recomiendan para que los individuos obtengan relajación y estabilidad mental, todo según sus recursos, estrategias y gustos, donde también es importante incluir el relacionamiento interpersonal con las diversas redes de apoyo. Finalmente, cabe destacar el esfuerzo por intentar resolver todos los problemas que surjan, con el fin de tener una solución oportuna de estos y el objetivo de que no lleguen a convertirse en un malestar (Teixeira et al., 2021).

4.1.6. Sistema de recompensa cerebral

El cerebro utiliza su sistema de recompensa para inducir sensaciones placenteras en el cuerpo, activándolo en respuesta a estímulos o actividades que resultan gratificantes para la persona. Este sistema cumple principalmente una función adaptativa al provocar una sensación de placer cuando un individuo realiza actividades esenciales para la supervivencia, como comer o participar en relaciones sexuales. Sin embargo, también responde ante otras acciones gratificantes, como jugar videojuegos, ir de compras o hacer ejercicio. En otros momentos este sistema de recompensa se activa incluso con solo pensar en lo que podría obtener. Asimismo, la motivación está estrechamente relacionada con el sistema de recompensa, pues esta tiene como función orientar el comportamiento hacia el logro de los objetivos y la obtención de recompensas.

Es por esto por lo que el individuo va a actuar según su objetivo sea acercado o alejado de la recompensa. Dicho sistema de recompensa a su vez influye en el aprendizaje y la memoria, ya que el individuo repite y mantiene todos los comportamientos que le generan satisfacción, evitando de esta manera todo lo que le produzca una sensación desagradable (Mantero-Suárez, 2018).

Con base a esto, los autores Mas Colombo et al. (2003) exponen que existe una dificultad para evadir un deseo o motivación, sin pensar en que los resultados de dicha acción puedan ser perjudiciales para sí mismos como para los otros; pero especialmente que el comportamiento impulsivo ayuda al individuo a vivenciar y experimentar gratificación, placer o liberación en el momento que lo realiza, una característica adicional es que puede haber o no arrepentimiento, culpa y autorreproches una vez efectuada la conducta impulsiva.

Por otra parte, según Montoya y Foronda (2022), los programas de rehabilitación han implementado terapias basadas en la evidencia con el fin de promover el bienestar e incentivar a los individuos para lograr un mejor rendimiento en su calidad de vida, tomando como modelo de diseño el sistema de recompensas.

El circuito de recompensa ejerce un papel fundamental en la evolución de la adicción a las sustancias adictivas, desde el momento en que comienzan a utilizarse como en su persistencia y recaídas, en caso de que se presenten, este sistema cerebral se encuentra presente no solo en los seres humanos, sino que también es compartido por la mayoría de los animales, es decir, se trata de un sistema de funcionamiento primitivo. Este circuito es esencial para la supervivencia tanto a nivel individual como para la preservación de la especie, ya que es el eje que controla las

actividades placenteras como la alimentación y la reproducción, por lo que la activación de este circuito favorece el proceso de aprendizaje y la persistencia y mantenimiento de las conductas de aproximación y consumo que, en principio, son cruciales y beneficiosas para la adaptación y la supervivencia. En cierto sentido, el consumo de sustancias no hace más que secuestrar, manipular y distorsionar este circuito de gratificación, llevando al individuo a aprender y adoptar conductas de consumo de la sustancia, lo que significa que el circuito de recompensa trabaja como un canal de reforzadores (Becoña y Cortés, 2016).

4.2. Marco ético legal

Esta investigación se lleva a cabo conforme a los principios éticos y legales que regulan la práctica de la psicología en el país. Estos principios están establecidos en la ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la profesión de psicología, así como en el código deontológico y bioético. Los principios incluyen responsabilidad, competencia, estándares morales, confidencialidad, bienestar y cuidado (Congreso de la República, 2006).

4.2.1. Ley 1090 del 2006

El artículo primero de esta ley afirma que la investigación es la base científica de la psicología, por ello, este proyecto tiene como objetivo desarrollar y expandir conocimientos para contribuir al campo de esta. Asimismo, se sigue lo estipulado en el título VII, que establece los principios generales del código deontológico-bioético, este código sirve como manual de conducta, guiando las acciones bajo los principios de autonomía, justicia, veracidad y solidaridad (Congreso de la República, 2006).

Acogiendo lo descrito en el artículo 17 de la ley 1090 del 2006, este proyecto acata las disposiciones para los informes escritos, garantizando que el producto de esta investigación social será cauto, prudente y crítico. Asimismo, se adhiere por completo a los lineamientos descritos en los artículos 49 al 56, allí, se dictan las disposiciones legales para la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Por lo tanto, como estudiantes dedicadas a la investigación, se asume el compromiso de responsabilidad frente a los temas de estudio adoptados, la metodología y los materiales empleados, garantizando la correcta utilización en el momento de emitir resultados, conclusiones y su respectiva divulgación (Congreso de la República, 2006).

De acuerdo con lo establecido en el artículo 17 de la ley 1090 del 2006, este proyecto cumple con las normas para los informes escritos, asegurando que los resultados de esta investigación social serán presentados de manera cuidadosa, prudente y crítica. Asimismo, se sigue rigurosamente lo estipulado en los artículos 49 al 56, que establecen las disposiciones legales para la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, por lo tanto, como estudiantes dedicadas a la investigación, asumimos la responsabilidad de manejar adecuadamente los temas de estudio, la metodología y los materiales utilizados, garantizando la correcta presentación de resultados, conclusiones y su difusión correspondiente (Congreso de la República, 2006).

Finalmente, se manifiesta un compromiso total con los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones establecidos en la ley 1090 del 2006, así:

- En todo momento, las investigadoras se identificarán como estudiantes de psicología.

- Las investigadoras evitarán emitir juicios de valor e interpretaciones sobre el material utilizado en el desarrollo de este proyecto, limitándose a actuar como observadoras del fenómeno para su posterior descripción.
- Como responsables de esta investigación, se gestionarán de manera completamente responsable los derechos de autor, conforme a lo establecido en el artículo 49. (Congreso de la República, 2006).

4.2.2. Consideraciones éticas del presente estudio

Dado que el resultado final del proceso investigativo tendrá un enfoque cuantitativo, con diseño transversal y nivel descriptivo, se recopilará la información mediante la aplicación de encuestas a los participantes utilizando dos instrumentos de medición. Esto se realizará en conformidad con la resolución 8430 de 1993, artículo 8, que protege la privacidad de las personas sujetas de investigación, identificándolas solo cuando los resultados lo requieran y ellas lo autoricen. Además, esta investigación se categoriza de riesgo mínimo, según el artículo 11, clasificación (b) del mismo decreto, donde se especifica que las pruebas psicológicas empleadas son prospectivas y registran los datos de los participantes sin manipular su conducta. Para ello, los participantes firmaron un consentimiento informado (Minsalud, 1993).

5. Metodología

Este estudio es cuantitativo, ya que permite describir y establecer relaciones del objeto de investigación, bajo un cuestionario estructurado, en el cual, se miden diversas variables y se usan instrumentos estandarizados. Se probaron teorías o hipótesis y se emplearon métodos estadísticos

para analizar los resultados, acogiéndose de igual manera a la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales.

5.1. Diseño de estudio

El diseño de estudio es de carácter cuantitativo, el cual se caracteriza por estar conformado de procesos probatorios y secuenciales, distinguidos por llevar un orden riguroso partiendo de una idea, se limita a través de la formulación de una pregunta de investigación, objetivos y un análisis de la literatura conformado por un marco teórico. Luego de establecer un plan que permita validar las hipótesis, se refuerza con la aplicación de unos instrumentos metodológicos que ayuden a medir las variables propuestas para la investigación. Por último, los resultados de las mediciones son estudiados, permitiendo plantear hipótesis, recomendaciones y conclusiones que dan cuenta de las suposiciones propuestas al inicio de la investigación (Hernández et al., 2014).

Por lo tanto, este estudio es además de tipo no experimental, ya que no cuenta con manipulación de las variables y buscó la identificación de los niveles de salud mental positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización de la IPS Integral Salud Antioquia.

5.2. Nivel de estudio

El presente estudio es de nivel descriptivo, ya que permite la descripción de los fenómenos observados de la forma que se presentan, sus características y las personas de interés que forman parte del estudio son medidas, para que la información sea recolectada de manera individual o colectiva (Hernández et al., 2014). En la presente investigación se midió la Salud

Mental Positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización de la IPS Integral Salud Antioquia. Cada variable, fue medida con instrumentos psicométricos con validez y confiabilidad comprobada, y finalmente se presentan los resultados obtenidos para cada una.

5.3. Tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación es transversal, ya que se recolectaron datos de un momento único llevado a cabo durante el primer semestre del año 2024, en el que se estudió el impacto del fenómeno en la muestra elegida y se describieron las variables presentes durante la recolección de los datos.

5.4. Población

Personas mayores de 18 años, habitantes de calle en proceso de resocialización pertenecientes al programa Habitante de Calle de la IPS Integral Salud Antioquia, del año 2024.

5.4.1. Muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 52 personas habitantes de calle en proceso de resocialización de la IPS Integral Salud Antioquia, quienes aceptaron voluntariamente participar del proyecto de investigación, fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional, este método de selección, según Hernández et al. (2014), se basa en que la selección de los participantes estuvo determinada al cumplimiento de los criterios de inclusión escogidos de acuerdo al propósito de los investigadores, y no a la probabilidad estadística, por lo que el proceso de selección no es mecánico ni utiliza fórmulas probabilísticas.

	PLANTILLA TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES	Código: F-DO-0029 Versión: 01 Página 56 de 100
---	---	--

5.4.2. Criterios de inclusión

Personas mayores de 18 años, que sean habitantes de calle en proceso de resocialización pertenecientes al programa Habitante de Calle de la IPS Integral Salud Antioquia del año 2024 y que manifestaron su participación voluntaria por medio de la firma del consentimiento informado.

5.4.3. Criterios de exclusión

Personas menores de 18 años, que no pertenezcan al proceso de resocialización, que no respondan completamente a los instrumentos y/o que no cuenten con capacidades cognitivas para la resolución de los cuestionarios pertenecientes al programa Habitante de Calle Unidos por la Vida y la Dignidad, de la IPS Integral Salud Antioquia.

5.5. Técnicas de recolección de información

Para el presente trabajo se usaron dos instrumentos para medir las variables: el Formulario de Datos Sociodemográficos y el Cuestionario de Salud Mental Positiva, para esto es necesario contar con material como, normas de aplicación e interpretación de la prueba, ejemplar de la prueba y lapiceros.

La Escala de Salud Mental Positiva fue creada por María Teresa Lluch, dentro de la Universidad de Barcelona en España en 1999, en la presente investigación se implementó mediante una administración que se realizó de forma individual y tuvo una duración en tiempo de 30 a 45 minutos aproximadamente, con el objetivo de evaluar la salud mental positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización de la IPS Integral Salud Antioquia, a través de 6 dimensiones puntuadas respectivamente según la escala de Likert, finalmente, la

calificación de los ítems se obtuvo al sumar los puntajes de cada factor con base a las respuestas suministradas por cada participante.

Según Lluch (1999):

Con el propósito de determinar la validez del Cuestionario de Salud Mental Positiva, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio según método de componentes principales, aplicando una rotación oblimin. Dado que el modelo de medida hipotetizado tiene 6 factores, el número de componentes a extraer se ha limitado a 6. El criterio utilizado para determinar la composición de cada factor ha sido que los ítems tengan una saturación igual o superior a 0.40. Los seis factores obtenidos explican el 39,7% de la varianza total del cuestionario. El factor 1 es el que explica un mayor porcentaje de varianza (20,8%), mientras que los otros 5 factores tienen un valor similar, con un rango que oscila entre el 5,5% del factor 2 y el 2,9% del factor 6. (p. 201)

Tabla 1. Operacionalización de variables del Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Variables	Definición (Concepto)	Codificación
Sexo	Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológica de los seres humanos que permiten definir entre hombre o mujer.	Hombre (1) Mujer (2)
Edad	Tiempo de vida desde que nació.	Entre 18 y 30 (1) Entre 31 y 50 (2) Mayor o igual a 51 (3)
Estado civil	Condición de una persona de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto de eso.	Con pareja (1) Sin pareja (2)
Nivel educativo	Grado de estudios realizados o en curso	Primaria (1) Bachillerato (2) Superior (3) Ninguno (4)
Fase del proceso	Etapas del proceso de resocialización en que se encuentra.	Primera fase (1) Segunda fase (2) Tercera fase (3)

Interacción social	Frecuencia en que se da la interacción entre dos o más individuos.	Más de tres veces por semana (1) De dos a tres veces por semana (2) Una vez por semana (3) De una a dos veces por mes (4) Raramente/ nunca (5)
Red de apoyo	Estructura que brinda soporte a la persona	Familia (1) Pareja (2) Amigos (3) Nadie (4)
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Recurrencia del consumo que presenta el individuo de bebidas alcohólicas.	Más de tres veces por semana (1) De dos a tres veces por semana (2) Una vez por semana (3) De una a dos veces por mes (4) Raramente/ nunca (5)
Frecuencia de consumo de cigarrillos	Recurrencia del consumo que presenta el individuo de cigarrillo.	No (1) Entre 1 y 3 al día (2) Entre 4 y 6 al día (3) Más de 7 al día (4)
Frecuencia de consumo de drogas	Recurrencia del consumo que presenta el individuo de drogas.	Más de tres veces por semana (1) De dos a tres veces por semana (2) Una vez por semana (3) De una a dos veces por mes (4) Raramente/ nunca (5)

Tabla 2. Operacionalización de variables del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Luch (1999)

Factor	Ítems	Puntuación	Observaciones
Satisfacción personal	4	1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca	Se evalúa la satisfacción personal con valores máximos y mínimos entre 8-32.
	6	4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca	
	7	4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca	
	12	4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca	

	14	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	
	31	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	
	38	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	
	39	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	
	1	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	Se evalúa la actitud prosocial con valores máximos y mínimos entre 5-20.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	
Actitud prosocial	23	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca 	
	25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca 	
	37	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca 	
	2	<ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca 	Se evalúa el autocontrol con valores máximos y mínimos entre 5-20.

Autocontrol

- 5
1. Siempre o casi siempre
 2. Bastante frecuente
 3. Algunas veces
 4. Nunca o casi nunca

- 21
1. Siempre o casi siempre
 2. Bastante frecuente
 3. Algunas veces
 4. Nunca o casi nunca

- 22
1. Siempre o casi siempre
 2. Bastante frecuente
 3. Algunas veces
 4. Nunca o casi nunca

- 26
1. Siempre o casi siempre
 2. Bastante frecuente
 3. Algunas veces
 4. Nunca o casi nunca

- 10
4. Siempre o casi siempre
 3. Bastante frecuente
 2. Algunas veces
 1. Nunca o casi nunca

Se evalúa la autonomía con valores máximos y mínimos entre 5-20.

- 13
4. Siempre o casi siempre
 3. Bastante frecuente
 2. Algunas veces
 1. Nunca o casi nunca

Autonomía

- 19
4. Siempre o casi siempre
 3. Bastante frecuente
 2. Algunas veces
 1. Nunca o casi nunca

- 33
4. Siempre o casi siempre
 3. Bastante frecuente
 2. Algunas veces
 1. Nunca o casi nunca

- 34
4. Siempre o casi siempre
 3. Bastante frecuente
 2. Algunas veces
 1. Nunca o casi nunca

**Resolución de
problemas y
autoactualización**

- 15
1. Siempre o casi siempre
 2. Bastante frecuente
 3. Algunas veces
 4. Nunca o casi nunca

Se evalúa la resolución de problemas y autoactualización con

16
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

valores máximos y mínimos entre 9-36.

17
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

27
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

28
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

29
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

32
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

35
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

36
1. Siempre o casi siempre
2. Bastante frecuente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

**Habilidades de
relación
interpersonal**

8
4. Siempre o casi siempre
3. Bastante frecuente
2. Algunas veces
1. Nunca o casi nunca

Se evalúa la habilidad de relación interpersonal con valores máximos y mínimos entre 7-28.

9
4. Siempre o casi siempre
3. Bastante frecuente
2. Algunas veces
1. Nunca o casi nunca

- | | |
|----|---|
| 11 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca |
| 18 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca |
| 20 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Bastante frecuente 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca |
| 24 | <ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca |
| 30 | <ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o casi siempre 3. Bastante frecuente 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca |
-

5.6. Análisis de datos

Para la realización del análisis bivariado se utilizó el chi-cuadrado de Pearson con el objetivo de identificar si hay alguna asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas del Cuestionario Sociodemográfico y lo observado entre los factores evaluados en el Cuestionario de Salud Mental Positiva.

5.7. Procedimiento

El presente trabajo de grado fue llevado a cabo en diversas etapas. Dentro de la primera, se contactó a la IPS Integral Salud Antioquia ubicada en el municipio de Copacabana, con el objetivo de obtener acceso al lugar para realizar la investigación con los usuarios del programa Habitante de Calle, y asimismo programar los espacios disponibles dentro del cronograma de la

IPS. Después, se visitó el lugar donde se adecuó un espacio en el que se explicó la información relacionada con los objetivos, procedimientos y finalidad del trabajo de grado que se estaba realizando, se le entregó a cada persona que cumpliera con los criterios de inclusión y que deseara participar, el consentimiento informado que debían diligenciar con sus datos básicos y firma, luego, se les hizo entrega del formulario de datos sociodemográficos y el cuestionario de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999) y se explicó la manera de diligenciarlos, con un tiempo estimado de aplicación de entre 30 y 45 minutos. Posteriormente a la recolección, la información se ingresó a una base de datos y fue dispuesta para un análisis estadístico según los objetivos del estudio.

6. Resultados

6.1. Análisis univariado

En la presente investigación se incluyó el Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch debido a que este instrumento, mide la satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y las habilidades de relación interpersonal de las personas. Así mismo, se utilizó el cuestionario de Datos Sociodemográficos para medir la información general de la población evaluada. A continuación, se presentan sus resultados:

La muestra, estuvo compuesta por 52 personas mayores de edad de ambos sexos, masculino 92,3% y femenino 7,7%. La edad de los participantes se centra principalmente entre los 31 y 50 años que representó la mayor proporción con un 51,9%, en cuanto al estado civil, el 82,7% se encontraban sin pareja, con relación al nivel educativo el 46,2% cursó hasta el

bachillerato, además, la mayor parte de la población evaluada se encontraba en primera fase de su proceso representando el 82,7% (Ver tabla 2)

Tabla 3. Datos sociodemográficos

Tabla datos sociodemográficos			
		n	%
Sexo	Hombre	48	92,3
	Mujer	4	7,7
Edad	Entre 18 y 30	11	21,2
	Entre 31 y 50	27	51,9
	Mayor o igual a 51	14	26,9
Estado civil	Con pareja	9	17,3
	Sin pareja	43	82,7
Nivel educativo	Primaria	16	30,8
	Bachillerato	24	46,2
	Superior	9	17,3
	Ninguno	3	5,8
Fase del proceso	Primera fase	43	82,7
	Segunda fase	2	3,8
	Tercera fase	7	13,5

En cuanto a los aspectos que competen a el relacionamiento interpersonal se encontró que el 40,4% de los individuos raramente o nunca son visitados por alguna red de apoyo, de igual forma, el 53,8% considera a su familia como su red de apoyo más significativa. (ver tabla 3).

Tabla 4. Relacionamiento interpersonal

Tabla relacionamiento interpersonal			
		n	%
Interacción social	Más de tres veces por semana	5	9,6
	De dos a tres veces por semana	2	3,8
	Una vez por semana	10	19,2
	De una a dos veces por mes	14	26,9
	Raramente/ nunca	21	40,4
Red de apoyo	Familia	28	53,8

Pareja	5	9,6
Amigos	2	3,8
Nadie	17	32,7

Finalmente, con relación a la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, el 40,4% y el 76,9% manifestó un consumo de más de 3 veces por semana de bebidas alcohólicas y consumo de drogas respectivamente, asimismo, el 48,1% expresó un consumo de cigarrillo de más de 7 cigarrillos por día (ver tabla 4).

Tabla 5. Frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas

Tabla de frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas			
		n	%
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Más de tres veces por semana	21	40,4
	De dos a tres veces por semana	6	11,5
	Una vez por semana	14	26,9
	De una a dos veces por mes	4	7,7
	Raramente/ nunca	7	13,5
Frecuencia de consumo de cigarrillo	No	5	9,6
	Entre 1 y 3 al día	5	9,6
	Entre 4 y 6 al día	17	32,7
	Más de 7 al día	25	45,1
Frecuencia de consumo de drogas	Más de tres veces por semana	40	76,9
	De dos a tres veces por semana	4	7,7
	Una vez por semana	3	5,8
	De una a dos veces por mes	3	5,8
	Raramente/ nunca	2	3,8

Se incluyeron también los resultados del Cuestionario de Salud Mental Positiva de los cuales se puede concluir que los factores que arrojaron niveles más altos son actitud prosocial, con 55,8%, asimismo, en resolución de problemas y autoactualización con un 69,2%. Lo que respecta a los demás factores medidos, arrojaron un nivel medio con diversos porcentajes. (ver gráfico 1).

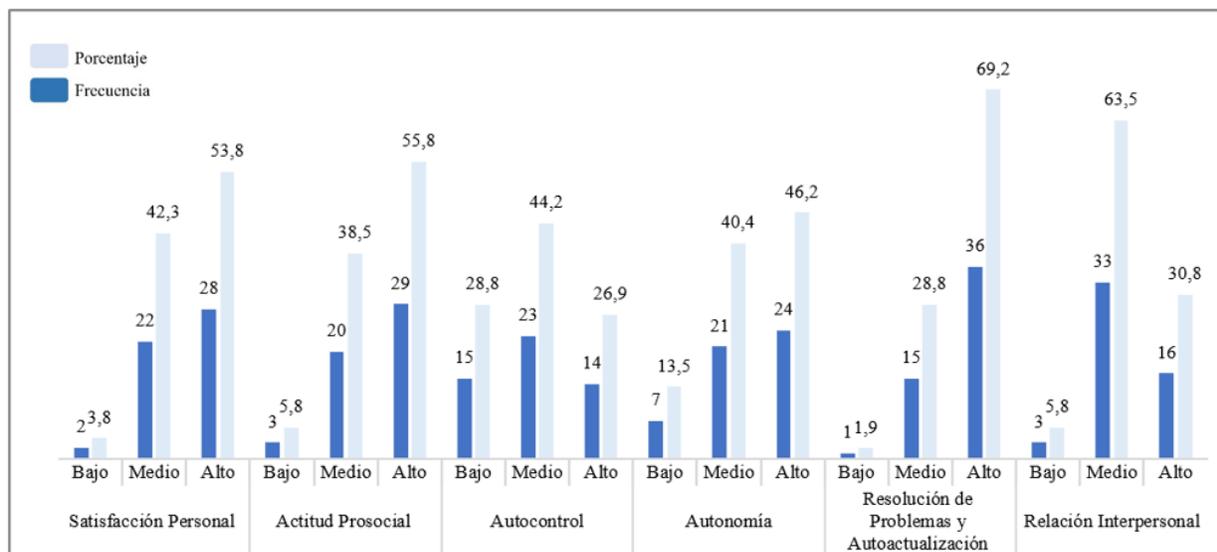


Ilustración 1. Resultados de los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (1999)

En términos generales, pudo identificarse que el 55,8% de la muestra encuestada obtuvo un nivel medio en cuanto a su nivel de Salud Mental Positiva y ninguno de los encuestados se ubicó en un nivel bajo de la misma.

6.2. Análisis bivariado

Se analizó la relación entre la edad y los factores de Salud Mental Positiva, para lo cual no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, sin embargo, al comparar los porcentajes entre los grupos, se encontraron algunas tendencias (ver tabla 5):

- Al analizar el factor de satisfacción personal, se evidencia que entre los 18 y 30 años se presentó un nivel alto en un 72,7%.

- Para el factor de resolución de problemas y autoactualización, se encontró que en el rango de mayor o igual a 51 años, se obtuvo un nivel alto correspondiente al 85,7%.
- En cuanto al factor de habilidades de relación interpersonal, en el rango de entre 31 y 50 años, se identificó un nivel alto referente a un 37%.

Tabla 6. Resultados de la asociación entre edad y los factores de salud mental positiva

Factores	Niveles	Edad			Chi cuadrado	Valor p
		Entre 18 y 30 años (%)	Entre 31 y 50 años (%)	Mayor o igual a 51 años (%)		
Satisfacción personal	Bajo	0 (0)	1 (3,7)	1 (7,1)	2,695	0,610
	Medio	3 (27,3)	12 (44,4)	7 (50)		
	Alto	8 (72,7)	14 (51,9)	6 (42,9)		
Actitud prosocial	Bajo	1 (9,1)	2 (7,4)	0 (0)	4,873	0,301
	Medio	6 (54,5)	7 (25,9)	7 (50)		
	Alto	4 (36,4)	18 (66,7)	7 (50)		
Autocontrol	Bajo	4 (36,4)	7 (25,9)	4 (28,6)	2,565	0,633
	Medio	6 (54,5)	12 (44,4)	5 (35,7)		
	Alto	1 (9,1)	8 (29,6)	5 (35,7)		
Autonomía	Bajo	0 (0)	5 (18,5)	2 (14,3)	2,385	0,665
	Medio	5 (45,5)	10 (37)	6 (42,9)		
	Alto	6 (54,5)	12 (44,4)	6 (42,9)		
Resolución de problemas y autoactualización	Bajo	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	6,596	0,159
	Medio	4 (36,4)	10 (37)	1 (7,1)		
	Alto	7 (63,6)	17 (63)	12 (85,7)		

Habilidades de relación interpersonal	Bajo	1 (9,1)	0 (0)	2 (14,3)		
	Medio	6 (54,5)	17 (63)	10 (71,4)	5,500	0,240
	Alto	4 (36,4)	10 (37)	2 (14,3)		
Total CSMP	Medio	7 (63,6)	14 (51,9)	8 (57,1)	,455	0,797
	Alto	4 (36,4)	13 (48,1)	6 (42,9)		

Nota: *. La asociación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Al analizar la relación entre el sexo y los factores de Salud Mental Positiva, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables, sin embargo, al comparar los porcentajes entre los grupos, se encontraron algunas tendencias (ver tabla 6):

- Con respecto a las mujeres, se identifica un nivel alto de actitud prosocial, representado en un 75%, sin embargo, obtuvieron este mismo porcentaje para el autocontrol pero en un nivel bajo. Además de esto se puede observar en los factores de autocontrol, autonomía, habilidades de relación interpersonal y el total del CSMP, resultados donde el nivel alto de cada factor está en 0%, esto en contraste con los hombres que si obtuvieron un porcentaje mayor respecto a cada uno de estos factores.
- Con relación a los hombres, puntuaron en un nivel alto en resolución de problemas y autoactualización, correspondiente al 70,8%.

Tabla 7. Resultados de la asociación entre sexo y los factores de salud mental positiva

Factor	Nivel	Sexo		Chi cuadrado	Valor p
		Hombre (%)	Mujer (%)		
Satisfacción personal	Bajo	2 (4,2)	0 (0)	1,931	0,381
	Medio	19 (39,6)	3 (75)		
	Alto	27 (56,3)	1 (25)		
Actitud prosocial	Bajo	2 (4,2)	1 (25)	4,732	0,094
	Medio	20 (41,7)	0 (0)		
	Alto	26 (54,2)	3 (75)		
Autocontrol	Bajo	12 (25)	3 (75)	4,729	0,094
	Medio	22 (45,8)	1 (25)		
	Alto	14 (29,2)	0 (0)		
Autonomía	Bajo	6 (12,5)	1 (25)	3,714	0,156
	Medio	18 (37,5)	3 (75)		
	Alto	24 (50)	0 (0)		
Resolución de problemas y autoactualización	Bajo	1 (2,1)	0 (0)	,987	0,610
	Medio	13 (27,1)	2 (50)		
	Alto	34 (70,8)	2 (50)		
Habilidades de relación interpersonal	Bajo	3 (6,3)	0 (0)	2,495	0,287
	Medio	29 (60,4)	4 (100)		
	Alto	16 (33,3)	0 (0)		
Total CSMP	Medio	25 (52,1)	4 (100)	3,437	0,064
	Alto	23 (47,9)	0 (0)		

En el análisis entre el estado civil y los factores de Salud Mental Positiva, se encontró una asociación estadísticamente significativa, aunque esto no indica necesariamente una relación

causal directa, entre el factor de habilidades de relación interpersonal y el estado civil ($p=0,000$) donde se encuentra que las personas cuentan con pareja presentan un nivel alto de habilidades de relación interpersonal a diferencia de las que no cuentan con una pareja, así como en el total del CSMP ($p=0,026$), donde se evidencia que las personas con pareja presentan un nivel alto de salud mental positiva, mientras que, aquellos que no cuentan con pareja se ubican en un nivel medio (ver tabla 7).

Tabla 8. Resultados de la asociación entre estado civil y los factores de salud mental positiva

Estado civil					
Factores	Niveles	Sin pareja (%)	Con pareja (%)	Chi cuadrado	Valor p
Nivel de satisfacción personal	Bajo	2 (4,7)	0 (0)	5,404	0,067
	Medio	21 (48,8)	1 (11,1)		
	Alto	20 (46,5)	8 (88,9)		
Nivel de actitud prosocial	Bajo	2 (4,7)	1 (11,1)	,613	0,763
	Medio	17 (39,5)	3 (33,3)		
	Alto	24 (55,8)	5 (55,6)		
Nivel de autocontrol	Bajo	13 (30,2)	2 (22,2)	4,672	0,097
	Medio	21 (48,8)	2 (22,2)		
	Alto	9 (20,9)	5 (55,6)		
Nivel de autonomía	Bajo	7 (16,3)	0 (0)	4,712	0,095
	Medio	19 (39,5)	2 (22,2)		
	Alto	17 (39,5)	7 (77,8)		
Nivel de resolución de problemas y autoactualización	Bajo	1 (2,3)	0 (0)	4,837	0,089
	Medio	15 (34,9)	0 (0)		
	Alto	27 (62,8)	9 (100)		

Nivel de habilidades de relación interpersonal	Bajo	0 (0)	3 (33,3)	17,912	0,000
	Medio	31 (72,1)	2 (22,2)		
	Alto	12 (27,9)	4 (44,4)		
Nivel de CSMP	Medio	27 (62,8)	2 (22,2)	4,966	0,026
	Alto	16 (37,2)	7 (77,8)		

En cuanto al nivel educativo se encontró una relación estadísticamente significativa entre esta variable y el factor de habilidades de relación interpersonal ($p=0,026$), de igual manera en el total CSMP se identificó una asociación ($p=0,017$), al analizar la tabla se evidencia como los encuestados que no cuentan con un nivel educativo, presentan altos niveles en ambos factores en comparación con el resto. (ver tabla 8).

Tabla 9. Resultados de la asociación entre nivel educativo y los factores de salud mental positiva

Factores	Niveles	Nivel educativo				Chi cuadrado	Valor p
		Primaria (%)	Bachillerato (%)	Superior (%)	Ninguno (%)		
Satisfacción personal	Bajo	0 (0)	1 (4,2)	1 (11,1)	0 (0)	6,059	0,417
	Medio	8 (50)	11 (45,8)	1 (11,1)	2 (66,7)		
	Alto	8 (50)	12 (50)	7 (77,8)	1 (33,3)		
Actitud prosocial	Bajo	1 (6,3)	2 (8,3)	0 (0)	0 (0)	8,431	0,208
	Medio	8 (50)	11 (45,8)	1 (11,1)	0 (0)		
	Alto	7 (43,8)	11 (45,8)	8 (88,9)	3 (100)		
Autocontrol	Bajo	6 (37,5)	7 (29,2)	2 (22,2)	0 (0)	8,853	0,182
	Medio	8 (50)	12 (50)	2 (22,2)	1 (33,3)		
	Alto	2 (12,5)	5 (20,8)	5 (55,6)	2 (66,7)		
Nivel de autonomía	Bajo	2 (12,5)	5 (20,8)	0 (0)	0 (0)		

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVISADO Ciencia, educación y desarrollo Vigilada Mineducación</p>	PLANTILLA TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES				Código: F-DO-0029	
					Versión: 01	
					Página 72 de 100	

	Medio	7 (43,8)	10 (41,7)	2 (22,2)	2 (66,7)	6,365	0,384
	Alto	7 (42,8)	9 (37,5)	7 (77,8)	1 (33,3)		
Nivel de resolución de problemas y autoactualización	Bajo	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	Medio	5 (31,3)	9 (37,5)	1 (11,1)	0 (0)	5,926	0,432
	Alto	10 (62,5)	15 (62,5)	8 (88,9)	3 (100)		
Nivel de habilidades de relación interpersonal	Bajo	3 (18,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	Medio	10 (62,5)	17 (70,8)	6 (66,7)	0 (0)	14,340	0,026
	Alto	3 (18,8)	7 (29,2)	3 (3,33)	3 (100)		
Nivel de CSMP	Medio	11 (68,8)	16 (66,7)	2 (22,2)	0 (0)	10,137	0,017
	Alto	5 (31,3)	8 (33,3)	7 (77,8)	3 (100)		

En el análisis de la relación entre interacción social se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y resolución de problemas y autoactualización ($p= 0,001$) donde quienes presentan una mayor frecuencia de interacción social, obtienen mayores porcentajes con relación a dicho factor (ver tabla 9).

Tabla 10. Resultados de la asociación entre alimentación saludable y los factores de salud mental positiva

Factores	Nivel	Interacción social					Chi cuadrado	Valor p
		Más de tres veces por semana (%)	De dos a tres veces por semana (%)	Una vez por semana (%)	De una a dos veces por mes (%)	Nunca (%)		
Satisfacción personal	Bajo	0 (0)	0 (0)	2(20)	0 (0)	0 (0)	15,210	0,055
	Medio	1 (20)	1 (50)	1 (10)	9 (64,3)	10 (47,6)		
	Alto	4 (80)	2 (50)	7 (70)	5 (35,7)	11 (52,4)		
Actitud prosocial	Bajo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	2 (9,5)		

	Medio	2 (40)	2 (100)	3 (30)	8 (57,1)	5 (23,8)	9,092	0,335
	Alto	3 (60)	0 (0)	7 (70)	5 (35,7)	14 (66,7)		
	Bajo	0 (0)	1 (50)	3 (30)	4 (28,6)	7 (33,3)		
Autocontrol	Medio	2 (40)	0 (0)	3 (30)	10 (71,4)	8 (38,1)	12,640	0,125
	Alto	3 (60)	1 (50)	4 (40)	0 (0)	6 (28,6)		
	Bajo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (14,3)	5 (23,8)		
Autonomía	Medio	1 (20)	0 (0)	5 (50)	7 (50)	8 (38,1)	9,020	0,341
	Alto	4 (80)	2 (100)	5 (50)	5 (35,7)	8 (38,1)		
	Bajo	0 (0)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Resolución de problemas y autoactualización	Medio	1 (20)	0 (0)	3 (30)	6 (42,9)	5 (23,8)	27,488	0,001
	Alto	4 (80)	1 (50)	7 (70)	8 (57,1)	16 (76,2)		
	Bajo	1 (20)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	1 (4,8)		
Habilidades de relación interpersonal	Medio	2 (40)	1 (50)	5 (50)	11 (78,6)	14 (66,7)	6,694	0,570
	Alto	2 (40)	1 (50)	5 (50)	2 (14,3)	6 (28,6)		
	Medio	0 (0)	1 (50)	5 (50)	11 (78,6)	12 (57,1)	9,433	0,051
Total CSMP	Alto	5 (100)	1 (50)	5 (50)	3 (21,4)	9 (42,9)		

En el análisis entre red de apoyo y los factores de Salud Mental Positiva se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la satisfacción personal ($p= 0,026$) donde quienes cuentan con una red de apoyo como la familia y una relación afectiva, presentan altos niveles de satisfacción personal. (ver tabla 10).

Tabla 11. Resultados de la asociación entre red de apoyo y los factores de salud mental positiva

Red de apoyo							
Factor	Nivel	Familia (%)	Relación afectiva (%)	Amigos (%)	Nadie (%)	Chi cuadrado	Valor p

Satisfacción personal	Bajo	1 (3,6)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	14,352	0,026
	Medio	12 (42,9)	1 (20)	1 (50)	8 (47,1)		
	Alto	15 (53,6)	4 (80)	0 (0)	9 (52,9)		
Actitud prosocial	Bajo	0 (0)	1 (20)	0 (0)	2 (5,8)	10,473	0,106
	Medio	9 (32,1)	3 (60)	2 (100)	6 (35,3)		
	Alto	19 (67,9)	1 (20)	0 (0)	9 (52,9)		
Autocontrol	Bajo	7 (25)	1 (20)	1 (50)	6 (35,3)	2,652	0,851
	Medio	13 (46,4)	3 (60)	0 (0)	7 (41,2)		
	Alto	8 (28,6)	1 (20)	1 (50)	4 (23,5)		
Autonomía	Bajo	2 (7,1)	0 (0)	1 (50)	4 (23,5)	10,250	0,115
	Medio	9 (32,1)	2 (40)	1 (50)	9 (52,9)		
	Alto	17 (60,7)	3 (60)	0 (0)	4 (23,5)		
Resolución de problemas y autoactualización	Bajo	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1,721	0,943
	Medio	7 (25)	2 (40)	1 (50)	5 (29,4)		
	Alto	20 (71,4)	3 (60)	1 (50)	12 (70,6)		
Habilidades de relación interpersonal	Bajo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (17,6)	7,451	0,281
	Medio	18 (64,3)	4 (80)	1 (50)	10 (58,8)		
	Alto	10 (35,7)	1 (20)	1 (50)	4 (23,5)		
Total CSMP	Medio	13 (46,4)	2 (40)	2 (100)	12 (70,6)	4,594	0,204
	Alto	15 (53,6)	3 (60)	0 (0)	17 (100)		

En lo que concierne a la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas, se identifica una asociación estadísticamente significativa con el factor de resolución de problemas y autoactualización ($p= 0,015$), en donde los resultados indican que las personas que no consumen bebidas alcohólicas se ubican en un nivel alto con relación a este factor. (ver tabla 11).

Tabla 12. Resultados de la asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y los factores de salud mental positiva

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas								
Factores	Niveles	Más de tres veces por semana (%)	De dos a tres veces por semana (%)	Una vez por semana (%)	De una a dos veces por mes (%)	No (%)	Chi cuadrado	Valor p
Satisfacción personal	Bajo	1(4,8)	0(0)	0(0)	0(0)	1(14,4)	6,582	0,582
	Medio	10(47,6)	3(50)	4(28,6)	1(25)	4(57,1)		
	Alto	10(47,6)	3(50)	10(71,4)	3(75)	2(28,6)		
Actitud prosocial	Bajo	0(0)	0(0)	3(21,4)	0(0)	0(0)	11,453	0,177
	Medio	8(38,1)	2(33,3)	5(35,7)	3(75)	2(28,6)		
	Alto	13(61,9)	4(66,7)	6(42,9)	1(25)	5(71,4)		
Autocontrol	Bajo	6(28,6)	2(33,3)	4(28,6)	2(50)	1(14,3)	12,444	0,132
	Medio	9(42,9)	2(33,3)	9(64,3)	2(50)	1(14,3)		
	Alto	6(28,6)	2(33,3)	1(7,1)	0(0)	5(71,4)		
Autonomía	Bajo	3(14,3)	1(16,7)	1(7,1)	0(0)	2(28,6)	6,953	0,542
	Medio	11(52,4)	1(16,7)	5(35,7)	1(25)	3(42,9)		
	Alto	7(33,3)	4(66,7)	8(57,1)	3(75)	2(28,6)		
Resolución de problemas y autoactualización	Bajo	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0)	0(0,0)	18,902	0,015
	Medio	5(23,8)	2(33,3)	4(28,6)	3(75,0)	1(14,3)		
	Alto	16(76,2)	4(66,7)	10(71,4)	0(0,0)	6(85,7)		
Habilidades de relación interpersonal	Bajo	2(9,5)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	4,318	0,827
	Medio	13(61,9)	4(66,7)	10(71,4)	3(75,0)	3(42,9)		
	Alto	6(28,6)	2(33,3)	3(21,4)	1(25,0)	4(57,1)		

Total de CSMP	Medio	12(57,1)	3(50,0)	7(50,0)	4(100,0)	3(42,9)	3,931	0,415
	Alto	9(42,9)	3(50,0)	7(50,0)	0(0,0)	4(57,1)		

En lo que concierne a la frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas, se identifica una asociación estadísticamente significativa con satisfacción personal ($p= 0,007$) y resolución de problemas y autoactualización ($p= 0,037$), donde quienes se ubican en una frecuencia baja de consumo obtuvieron un nivel alto en ambos factores. (ver tabla 12).

Tabla 13. Resultados de la asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y los factores de salud mental positiva

Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas								
Factores	Niveles	Más de tres veces por semana (%)	De dos a tres veces por semana (%)	Una vez por semana (%)	De una a dos veces por mes (%)	No (%)	Chi cuadrado	Valor p
Satisfacción personal	Bajo	0(0)	0(0)	0(0)	1(33,3)	1(50)	21,104	0,007
	Medio	18(45)	2(50)	1(33,3)	1(33,3)	0(0)		
	Alto	22(50)	2(50)	2(66,7)	1(33,3)	1(50)		
Actitud prosocial	Bajo	3(7,5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2,265	0,972
	Medio	14(35)	2(50)	2(66,7)	1(33,3)	1(50)		
	Alto	23(57,5)	2(50)	1(33,3)	2(66,7)	1(50)		
Autocontrol	Bajo	13(32,5)	1(25)	0(0)	1(33,3)	0(0)	13,104	0,108
	Medio	20(50)	2(50)	1(33,3)	0(0)	0(0)		
	Alto	7(17,5)	1(25)	2(66,7)	2(66,7)	2(100)		
Autonomía	Bajo	5(12,5)	1(25)	0(0)	1(33,3)	0(0)	10,562	0,228
	Medio	18(45)	0(0)	0(0)	1(33,3)	2(100)		

	Alto	17(42,5)	3(75)	3(100)	1(33,3)	0(0)		
Resolución de problemas y autoactualización	Bajo	0(0)	1(25)	0(0)	0(0)	0(0)		
	Medio	12(30)	1(25)	0(0)	2(66,7)	0(0)	16,428	0,037
	Alto	28(70)	2(50)	3(100)	1(33,3)	2(100)		
Habilidades de relación interpersonal	Bajo	2(50)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50)		
	Medio	26(65)	3(75)	2(66,7)	2(66,7)	0(0)	9,082	0,335
	Alto	12(30)	1(25)	1(33,3)	1(33,3)	1(50)		
Total de CSMP	Medio	24(60)	2(50)	0(0)	2(66,7)	1(50)	4,298	0,367
	Alto	16(40)	2(50)	73(100)	1(33,3)	1(50)		

En el análisis entre la fase del proceso y los factores de Salud Mental Positiva se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y autonomía ($p= 0,006$), donde se encuentra que en la segunda fase del proceso este factor presenta un nivel bajo, mientras que en comparación con la primera se evidencia un nivel alto. De igual forma, existe una asociación entre la fase del proceso y las habilidades de relación interpersonal ($p= 0,024$) donde se demuestra que en la segunda y tercera fase del proceso no se evidencia un nivel alto para este factor, a diferencia de la primera fase donde si se presenta un porcentaje de la muestra en un nivel alto (Ver tabla 13):

Tabla 14. Resultados de la asociación entre fase del proceso y los factores de salud mental positiva

Factores	Niveles	Fase del proceso			Chi cuadrado	Valor p
		Primera Fase	Segunda Fase	Tercera Fase		
Satisfacción personal	Bajo	2(4,7)	0(0)	0(0)	4,001	0,406
	Medio	16(37,2)	2(100)	4(57,1)		

	Alto	25(58,1)	0(0)	3(42,9)		
	Bajo	3(7)	0(0)	0(0)		
Actitud prosocial	Medio	14(32,6)	1(50)	5(71,4)	4,175	0,383
	Alto	26(60,5)	1(50)	2(28,6)		
	Bajo	14(32,6)	1(50)	0(0)		
Autocontrol	Medio	19(44,2)	1(50)	3(42,9)	5,681	0,224
	Alto	10(23,3)	0(0)	4(57,1)		
	Bajo	4(9,3)	2(100)	1(14,3)		
Autonomía	Medio	17(39,5)	0(0)	4(57,1)	14,61	0,006
	Alto	22(51,2)	0(0)	2(28,6)		
	Bajo	1(2,3)	0(0)	0(0)		
Resolución de problemas y autoactualización	Medio	11(25,6)	2(100)	2(28,6)	5,319	0,256
	Alto	31(72,1)	0(0)	5(71,4)		
	Bajo	1(2,3)	0(0)	2(28,6)		
Habilidades de relación interpersonal	Medio	26(60,5)	2(100)	5(71,4)	11,208	0,024
	Alto	16(37,2)	0(0)	0(0)		
	Medio	23(53,5)	2(100)	4(57,1)	1,682	0,431
Total CSMP	Alto	20(46,5)	0(0)	3(42,9)		

7. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue analizar los niveles de salud mental positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización del programa Habitante de calle de la IPS Integral Salud Antioquia.

Los resultados indicaron que existen relaciones estadísticamente significativas entre algunas variables del cuestionario sociodemográfico y los factores evaluados en el cuestionario

de Salud Mental Positiva. Sin embargo, en las situaciones en que no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa, se examinaron los resultados a través de los porcentajes obtenidos de los instrumentos de medición, es decir, se tomaron en cuenta las tendencias.

La primera tendencia analizada es una predominancia del género masculino representado en un 92,3%, además, la edad de los participantes la cual se centra principalmente entre los 31 y 50 años representando la mayor proporción de la muestra con un 51,9%, en cuanto al estado civil, se identificó la tendencia de que el 82,7% se encontraban sin pareja, y con relación al nivel educativo el 46,2% cursó hasta el bachillerato. Estos resultados se relacionan con los hallazgos dentro de la investigación realizada por Grandón et al. (2018) donde pudieron identificar que el 80% de los entrevistados eran hombres con una edad promedio de 41 años y con relación al estado civil se encontró una predominancia de solteros equivalente a un 75,4%, por otra parte, el 69,2% de los encuestados recibió educación básica. Lo anterior podría indicar una prevalencia marcada, donde se evidencia dentro del contexto de los habitantes de calle que hacen parte de procesos de resocialización, un mayor índice de hombres de mediana edad, sin compromiso afectivo y con un nivel educativo básico.

En cuanto a los aspectos que competen al relacionamiento interpersonal, se encontró una tendencia del 40,4% correspondiente al escaso contacto de los individuos con alguna red de apoyo, de igual forma, el 53,8% considera a su familia como su red de apoyo más significativa. Estos resultados se oponen a la investigación de Grandón et al. (2018), en donde el 73,8% de los encuestados sostiene contacto con algún familiar como red de apoyo, lo cual podría indicar que

los sujetos de la muestra del presente estudio tienen índices muy bajos de acompañamiento familiar comparado con el estudio anterior.

Respecto a la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, se encontró una tendencia en donde el 40,4% y el 76,9% de los encuestados manifestaron un consumo de más de 3 veces por semana de bebidas alcohólicas y consumo de drogas respectivamente y el 48,1% un consumo de más de 7 cigarrillos por día. Contrastado con la investigación realizada por Avella (2014), se encontró que el 63,7% de los participantes consumían alcohol, bazuco, cocaína y marihuana en un 54,6%; además de que el 45,5% refirió haber consumido sustancias psicoactivas entre uno y quince años, lo cual podría indicar, según Alvarado Quintero (2019) que el consumo de sustancias psicoactivas podría ser el principal factor que induce al surgimiento y mantenimiento de la problemática de la habitancia en calle.

La primera asociación estadísticamente significativa encontrada, fue entre la edad y el factor de satisfacción personal, se evidencia que entre los 18 y 30 años se presentó un nivel alto en un 72,7%. Estos resultados contrastados con los del estudio realizado por Avella (2014), con una población en un rango de edad entre 25 y 62 años, arrojaron ciertos grados de satisfacción en los resultados acumulados, otorgándole un gran valor a factores como ocio, amor, espiritualidad y amistad. Sin embargo, en cuanto al nivel de satisfacción de factores como la familia, el dinero, el trabajo, la creatividad, la vivienda y la comunidad obtuvieron puntuaciones por debajo del promedio, las cuales pudieron determinar la forma en cómo gestionan los diversos inconvenientes a los que se enfrenta esta población, como la ausencia de una red de apoyo primaria y la falta de posibilidades en la obtención de empleo.

Asimismo, entre la edad y el factor de resolución de problemas y autoactualización, se encontró que en el rango de mayor o igual a 51 años, se obtuvo un nivel alto correspondiente al 85,7%, lo cual indica que son capaces de decidir y resolver problemas cotidianos, así como adaptarse a los cambios con una actitud flexible, a diferencia de la investigación realizada por Arias y Pamplona (2015), donde los resultados muestran que la mayoría de los habitantes de calle en Medellín, se sienten atraídos por la sensación de libertad, la desconexión con la realidad, la oportunidad de conseguir dinero y consumo de drogas relacionado con conflictos familiares. Sin embargo, en el estudio realizado por Arrieta et al. (2019), se observó que los encuestados lograron asumir la responsabilidad de sus decisiones sin culpar a factores externos. Esto fue crucial para su resocialización, ya que comprendieron que tienen la capacidad de controlar sus propias vidas y adaptarse a nuevas situaciones sin sentirse abrumados ni recaer en el consumo, evitando así regresar a la calle.

En cuanto a la relación entre edad y el factor de habilidades de relación interpersonal, en el rango de mayor o igual a 51 años, se identificó un nivel medio referente a un 71,4%. Se puede identificar una diferencia notable con respecto al estudio de Jiménez y Padilla (2015), donde el grupo de habitantes de calle obtuvo promedios altos en el factor de relaciones interpersonales,

Por otra parte, respecto a las mujeres, se identificó un nivel alto de actitud prosocial, representado en un 75%, similar a los hallazgos de la investigación de Pérez et al. (2018), donde las mujeres obtuvieron la puntuación más alta en este mismo factor, esto podría atribuirse a que las mujeres tienden a ser más empáticas y a que un entorno familiar caracterizado por el afecto es un fuerte predictor de esta habilidad.

Sin embargo, las mujeres obtuvieron el mismo porcentaje, pero en un nivel bajo en el factor autocontrol, mientras que Pérez et al. (2018), encontró que los hombres obtuvieron una puntuación más alta en el mismo factor, por lo que se infiere que ellos controlan sus emociones y enfrentan situaciones estresantes con mayor facilidad y madurez emocional.

Con relación a los hombres, puntuaron en un nivel alto en resolución de problemas y autoactualización, correspondiente al 70,8%, al igual que en la investigación de Pérez et al. (2018), en donde en este mismo factor, se encontró que, aunque ambos sexos pueden desarrollar habilidades de resolución de problemas, los hombres utilizan mecanismos más instrumentales y objetivos.

Con respecto al estado civil se encontró una relación estadísticamente significativa con el factor de habilidades de relación interpersonal donde se encuentra que las personas con pareja presentan un nivel alto en este factor, igualmente que en la investigación realizada por Correa (2007), en donde se identificó que en el estado civil de la población encuestada, la soltería o la falta de una relación de pareja parecen ser factores de vulnerabilidad ante los conflictos, crisis familiares y la adicción a sustancias.

Al analizar los resultados del nivel educativo, se encontró una relación estadísticamente significativa con el factor de habilidades de relación interpersonal, donde se evidencia como los encuestados que no cuentan con un nivel educativo, presentan altos niveles en comparación con el resto. Mientras que, la investigación llevada a cabo por Arias y Pamplona (2015), identifica como el alto nivel de pobreza y la baja educación de las personas habitantes de calle encuestadas provocan desprecio y rechazo por parte de la sociedad, generando así el rechazo social.

En el análisis de red de apoyo, se encontró una relación estadísticamente significativa con satisfacción personal donde quienes cuentan con una red de apoyo como la familia y pareja presentan altos niveles de este factor. Esto es posible relacionarlo con los resultados obtenidos en el estudio de Avella (2014) donde las personas con problemas de salud mental viven en situación de calle compartiendo con otros, sean estos familiares (21,5%) o no (44%), lo cual parece indicar que mantener vínculos sociales permite una mejor adaptación a la vida en la calle, en comparación con aquellos que no tienen problemas de salud mental y que podrían solucionar de manera individual, esto también demuestra la capacidad de estas personas para crear vínculos que les brinden protección en situaciones difíciles. Arias y Pamplona (2015), plantean que las relaciones sociales que se establecen dentro de la población habitante de calle, en la mayoría de los casos, no suelen ser vínculos estrechos, ya que estos optan por estar solos y es escasa la presencia de relaciones afectivas significativas, aunque es frecuente encontrar el establecimiento de relaciones por conveniencia entre ellos, limitadas a la búsqueda de beneficios como drogas, seguridad, alimentos, trabajo, compañía, dinero y otros aspectos relacionados con la supervivencia en la calle.

Según Avella (2014) el estilo de vida de los habitantes de calle suele ser considerado disfuncional y carente de condiciones para una vida digna, ya que a menudo implica altos niveles de alcoholismo y drogadicción, así como otras problemáticas conductuales que comprometen la tranquilidad y seguridad de la comunidad. Asimismo, en los resultados obtenidos en esta investigación, se evidencia que la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas se relaciona con el factor de resolución de problemas y autoactualización, donde quienes no presentan

consumo, se ubican en un nivel alto en este factor. Igualmente, en lo que concierne a la frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas, se identifica una relación estadísticamente significativa con satisfacción personal y resolución de problemas y autoactualización, en los cuales se observa que quienes presentan una baja frecuencia de consumo obtuvieron un nivel alto en ambos factores.

Por otra parte, debido a las características de la condición de vida de esta población, la cual se desenvuelve en un contexto donde normalmente hay ausencia de redes de apoyo, falta de satisfacción de necesidades básicas, problemáticas de adicción y no se encuentra establecido el proyecto de vida, lo esperado sería obtener niveles bajos de salud mental positiva, sin embargo, al obtener dentro de la muestra de la presente investigación niveles elevados de esta, se podría explicar desde 2 posibles hipótesis.

La primera sería la capacidad de adaptación al medio, donde las conductas, bien sean orientadas al exterior o interiorizadas en el orden del pensamiento, son presentadas como adaptación o de otra forma una readaptación, donde el ser humano actúa cuando se enfrenta a una necesidad (Piaget, 1970). Es por esto, que esta población puede indicar niveles altos de salud mental positiva, puesto que su referente es el contexto en donde se han desarrollado por mucho tiempo, al cual terminaron por adaptarse a pesar de las condiciones en las que vivían, donde defenderse frente a un contexto violento podría ser considerado como una adecuada resolución de problemas.

Finalmente en la segunda hipótesis, se habla sobre la posibilidad de que exista dentro de los resultados de las encuestas el sesgo de atención, en el cual, según Manterola y Otzen (2015)

los participantes de un estudio pueden transformar su conducta al saber que están siendo observados, influenciados por su estilo de vida y el contexto en el que se encuentran, así como en el sesgo de deseabilidad social, donde pueden presentar una imagen alterada o distorsionada de lo que se piensa, juzga y opera, debido a la necesidad de conseguir aprobación social, ya que cada persona busca en mayor o menor medida de esta según la situación, por esto, algunos grupos responden de la manera que consideran social o culturalmente aceptable, lo que genera un sesgo estadístico (Gutiérrez et al., 2015). Esto podría explicar, el por qué en la mayoría de los factores evaluados, se obtuvieron respuestas que son socialmente aceptadas, las cuales pueden alejarse de la percepción real de la variable que se desea medir.

8. Conclusiones

En la presente investigación se realizó la identificación de los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva, en donde se encontraron múltiples relaciones estadísticamente significativas entre estos y el Cuestionario de Datos Sociodemográficos, en una muestra compuesta por habitantes de calle en proceso de resocialización pertenecientes al programa Habitante de Calle de la IPS Integral Salud Antioquia se evidenció un nivel entre medio y alto de salud mental positiva.

Por otra parte, al comparar estos niveles, se destacó cómo el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los posibles factores que llevó a la muestra seleccionada a la habitanza en calle, sin embargo es importante señalar que cuando los individuos presentan buenas redes de apoyo, en algunos casos estas se convierten en un factor protector, lo que permite una mayor adherencia a los programas de resocialización, y que aportan además a los niveles de salud

mental positiva como las habilidades de relación interpersonal, la satisfacción personal y resolución de problemas y autoactualización, esto sumado a que el ser humano es un ser social, y el hecho de poder establecer y sostener estos vínculos les permite ser más funcionales y adaptativos en el entorno, además de ser un apoyo para el cumplimiento de metas y objetivos, como es el caso de los procesos de resocialización.

Finalmente, llama la atención que la mayoría de los encuestados son bachilleres académicos, por lo que se podría inferir que tienen buena capacidad cognitiva, la cual les permite adaptarse al medio, situación evidenciada durante la habitanza en calle y el proceso de resocialización donde se ven en la necesidad de acoplarse a las condiciones del contexto, permitiéndoles hacer parte del mismo.

9. Recomendaciones

Se recomienda ampliar la muestra utilizada, involucrando personas que se encuentren en diversas fases del proceso de resocialización, así como también aquellos que ya hayan finalizado su proceso.

Se sugiere expandir los estudios en cuanto a los habitantes de calle en proceso de resocialización y su relación con la salud mental, la salud mental positiva y otros factores que se puedan ver involucrados con esta población, dado que existen pocas investigaciones al respecto, que permitan medir y comprender estas variables en este tipo de muestras.

Referencias

Alcaldía de Sabaneta. (s.f). *Secretaría de Inclusión Social y Familia*.

<https://www.sabaneta.gov.co/familia-y-bienestar-social/presentacion/>

Alonso-Novio, O. (2018). La incapacidad consensual en el c. 1095 del CIC y la inmadurez

afectiva como posible causa de la incapacidad assumendi [Tesis de Maestría, Universidad Internacional de la Rioja]. Repositorio Digital Universidad Internacional de la Rioja.

<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7423/ALONSO%20NOVO%2cOLIMPIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Alvarado Quintero, Y. E. (2019). *Descripción de factores psicosociales de los habitantes de calle del municipio de Facatativá* [Tesis doctoral, Universidad de Cundinamarca]. Repositorio

Institucional Universidad de Cundinamarca.

<https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/handle/20.500.12558/2508>

Acuerdo Metropolitano N°24 del 27 de noviembre. (2015). [Resolución 4347, p.58]. Por el cual se promueve la formulación y adopción de una Política Pública Social para los Habitantes de Calle en los municipios del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y se crea la Red Metropolitana de Prevención y Asistencia para Habitantes de Calle.

https://alphasig.metropol.gov.co/normograma/compilacion/docs/A_AMVA_0024_2015.htm

Arias Jaramillo, A. L., & Pamplona Raigosa, J. (2015). *Razones de hombres jóvenes habitantes de calle, entre los 20 y 50 años, para continuar viviendo en la calle*. [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia.

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/14483>

Arrieta, S. O., Velásquez, D. V., & Vargas, M. G. (2019). Bienestar psicológico en habitantes de calle resocializados de la ciudad de Medellín. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 13(22), 23-39.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7063532>

Astorquiza, J. (2017). Salud mental en el habitante de calle, usuario de la Casa de Paso Camino de Esperanza, desde un enfoque humanista integral. *Boletín Informativo CEI*, 4(2), 34-39.

<https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/1367>

Avella, Y. A. R. (2014). Percepción de la calidad de vida en habitantes de calle en un hogar de paso en Bogotá. *Zegasus*, (3), 83-103. <https://www.researchgate.net/profile/ever-lopez->

cantero-

2/publication/354054777_psicologia_juridica_herramientas_y_desafios/links/612170db0c2bfa282a603ecb/psicologia-juridica-herramientas-y-desafios.pdf#page=269

Becoña, E., & Cortés, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.

<https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>

Calderón, G. A., Gómez, M. G., Zapata, J. E., & Dávila, L. (2018). Factores de logro en procesos de resocialización del habitante en situación de calle y consumidor de sustancias psicoactivas en Medellín, Colombia. *African journal of rhetoric*, 18(2), 143-154.

<https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.387>

Collazos, M.V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental, día mundial de la salud mental 2007. *Salud Mental*, 30(2), 75-80.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam072k.pdf>

Colombia. Congreso de la República. (2006). Ley 1090 de 2006 (06 de septiembre): Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1090006.pdf>

Correa, M.E. (2007). Para una nueva comprensión de las características y la atención social a los habitantes de calle. *Revista Eleuthera*, 1, 91-102.

<https://www.redalyc.org/pdf/5859/585961830006.pdf>

Correa, M.E. (2007). La otra ciudad, otros sujetos: los habitantes de la calle

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8511>

Decreto 1285 de 2022. (2022, 22 de julio). Departamento Administrativo de la Función Pública.

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=190506

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2021). *Caracterización, Censo*

habitantes de calle. [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle#:~:text=En%20el%20CHC%202021%20fueron,12%2C4%25%20son%20mujeres)

[tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle#:~:text=En%20el%20CHC%202021%20fueron,12%2C4%25%20son%20mujeres)

[calle#:~:text=En%20el%20CHC%202021%20fueron,12%2C4%25%20son%20mujeres](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle#:~:text=En%20el%20CHC%202021%20fueron,12%2C4%25%20son%20mujeres)

Grandón, P., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C., & Saldivia, S. (2018).

Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que

se encuentran en la Región del BíoBío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(2), 89-

99. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272018000200089&script=sci_arttext

Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2015). La Escala de

Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y

desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(1), 206–

217. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.185471>

Hernández R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México:

McGrawHill.

IPS Integral Salud Antioquia. (2020). *Modelo terapéutico - fases del tratamiento para el*

programa ambulatorio [Manuscrito no publicado].

Jiménez, W. A. J., & Padilla, S. A. (2015). Estudio comparativo entre habitante de calle y

estudiantes universitarios mediante el self-reported psychopathy inventory-short form

(SRP-III-SF). En Ruiz, J. I., López, E. J., Jiménez, L. O., Lobo, A. C., Tamara, M. J.,

Valencia, O. L. (Eds.). *Psicología jurídica, herramientas y desafíos* (pp.248- 256). El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Ley 1641 de 2013. (2013, Julio 12). Congreso de la República. Diario Oficial No. 48.849.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1641_2013.html

Lluch, M.T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. Tesis doctorals en Xarxa.

<https://www.tdx.cat/handle/10803/2366>

Lluch, M. T. (2008). *Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados*. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicosocial II (pp. 37-69). Madrid: Fuden, Colección líneas de especialización en enfermería.

Lluch, M.T. (2021). Salud Mental Positiva. Cuidar la Salud Mental Positiva, en el contexto de la pandemia COVID-19 y hacía un futuro denominado “nueva normalidad”. *Revista Hermeneutic*, 19, 9-22. <https://doi.org/10.22305/hermeneutic-unpa.n19.a2021.763>

Manterola, C. y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3). <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>

Mantero-Suárez, G. (2018). Sistema de recompensa del cerebro y neuronas del placer [Tesis de pregrado, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla.

<https://idus.us.es/handle/11441/82033>

Mas Colombo, E., Risueño, E., & Motta, M. (2003). Función ejecutiva y conductas impulsivas [Congreso]. Congreso Virtual de Psiquiatría. [https://www.researchgate.net/profile/Iris-](https://www.researchgate.net/profile/Iris-Motta-)
Motta-

2/publication/228465418_Funcion_ejecutiva_y_conductas_impulsivas/links/0f3175389ea
fcc64ad000000/Funcion-ejecutiva-y-conductas-impulsivas.pdf

Maturana, W. J., Marulanda Valencia, A. T., Pérez Sisquiarco, D., Rojas, Y. A., & Molina

Velásquez, D. I. (2018). Factores psicosociales que influyen en los procesos de vinculación, adherencia e inclusión a los procesos de resocialización, por parte de los habitantes de calle de la ciudad de Medellín. *Poiésis*, (35), 158–168.

<https://doi.org/10.21501/16920945.2969>

Mejía Gaviria, C., Meneses Cortes, J. C., Figueroa Ibarra, M., & Correa Álvarez, Y. A. (2018).

Factores de logro de la resocialización y la reducción del consumo en habitantes de calle. *Drugs and Addictive Behavior* (revista Descontinuada), 3(2), 182–199.

<https://doi.org/10.21501/24631779.2867>

Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). *Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamiento para la atención integral en salud de la población en situación de calle.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-atencion-integral-salud-poblacion-situacion-calle.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Caracterización de personas Habitantes de la Calle en Colombia entre 2017 y 2021.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/caracterizacion-habitates-calle-colombia-2017-2021.pdf>

Montoya & Foronda. (2022). *Modalidad plan de negocio "RecuperApp"*. [Trabajo de grado, Universidad de Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional.

<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/64cd8a9c-dcc3-40c4-9503-ffaa00ae7f45/content>

Nieto, C. J & Koller, S. H. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Acta de Investigación Psicológica* 5 (3), 2162 – 2181. DOI: 10.1016/S2007-4719(16)30007-2

Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales: Personas Habitantes de Calle*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-habitante-calle.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Quintero Acosta, K. T. (2017, 20 de septiembre). Propuesta categorial para factores de logro en procesos de resocialización de habitantes en situación de calle en Medellín [conferencia]. *XX Encuentro Nacional de Investigación*. Medellín, Colombia.

<https://doi.org/10.21501/2463-0004.2017>

Piaget, J. (1970). Inteligencia y adaptación biológica. *Los procesos de adaptación*, 1(1), 69-84.

<https://static1.squarespace.com/static/58d6b5ff86e6c087a92f8f89/t/590e37dfd482e9ff42b5c829/1494104031204/Piaget%2C+Jean+-+Inteligencia+y+adaptacion+biologica.pdf>

Rea, J. (2021). Social relationships, stigma, and wellbeing through experiences of homelessness in the United Kingdom. *Journal of Social Issues*, 79, 465–493.

<https://doi.org/10.1111/josi.12572>

Tamayo, F., Londoño, M.F., & Aguirre, Z.D. (2016). *Motivaciones que llevan a una persona habitante de calle a asumir un proceso de resocialización* [Trabajo de grado, Institución Universitaria de Envigado]. Repositorio Institucional Institución Universitaria de Envigado.

http://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12717/1601/1/iue_rep_pre_psi_tamayo_2017_motivaciones.pdf

Teismann, T., Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2019). Salud mental positiva, afecto positivo e ideación suicida. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 19 (2), 165-169. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6943359>

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2021). *Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoyo*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Dipòsit Digital de la UB. <http://hdl.handle.net/2445/173986>

Tinoco, K. A. C. & González, E. H. (2019). Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. *REDES. Revista Hispana para el análisis*

de redes sociales, 30(1), 54-67.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986744>

Pérez, L., González-Arratia López-Fuentes, N. I., & Oudhof van Barneveld, H. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense De Psicología*, 37(2), 131–143. <https://doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03>

Torres de Galvis. Y., Restrepo. D., Castaño. G., Sierra. G.M., Buitrago. C., Salas. C., Bareño. J. (2018). *Estudio poblacional de salud mental, Envigado 2017* (1ª ed.). Editorial CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3788>

Anexos

Anexo 1: consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo _____, con documento de identidad C.C. ____otro ____cual _____ No. _____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto a la participación en el estudio “Salud mental positiva en una muestra de habitantes de calle en proceso de resocialización del programa Habitante de Calle de la IPS Integral Salud Antioquia”, de sus objetivos y procedimientos; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como participante del estudio, contribuyendo a este procedimiento de forma activa.

Este consentimiento informado se acoge a la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales. La ley 1616 de 2013, por la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, adicionalmente se guardará el secreto profesional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1090 de 2006, que rige la profesión del Psicólogo. De igual manera se garantizan los principios éticos en investigación descritos en las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de Salud.

Declaro haber leído y entendido este documento, así como la información verbal que me proporcionaron las personas que realizan la investigación. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación de los cuestionarios, cuando lo estime conveniente, sin necesidad de justificación alguna. De esta manera, acepto participar en este estudio y permitir el uso de los datos que proporcione voluntariamente, confiando en que solo se utilizarán para esta investigación y en las garantías de confidencialidad y anonimato que me da el investigador.

Psicólogas en formación _____

Documento de identidad _____

Firma del participante _____

Anexo 2: Cuestionario de Datos Sociodemográfico

Formulario de datos sociodemográficos

1-Edad:

2- Sexo: Hombre Mujer

3-Estado Civil: Soltero/-a Casado-a Unión libre Divorciado-a/Separado-a Viudo

4-Formación académica:

Educación primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Título universitario	Ninguno
<input type="radio"/>					

Historia de Salud Mental

5-Tiene algún problema de Salud Mental? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indique cuál: _____

6- ¿Tiene familiares con problemas de Salud Mental? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indique cuál: _____

Comportamientos de Salud durante el último mes

7- Con relación a la necesidad de dormir, ¿está satisfecho con la calidad de susueño? Si No

8- ¿Toma algún medicamento para dormir? Sí No

9- ¿Toma medicación de forma regular para algún problema de Salud Mental? Sí No

Hábitos de vida saludable

10- ¿Practica algún deporte o ejercicio físico de forma regular? Sí No

11 - ¿Considera que su alimentación es saludable? S No

12- ¿Con qué regularidad visita o es visitado por sus familiares/amigos?

Más de 3 veces por semana	De 2 a 3 veces por semana	1 vez por semana	De 1 a 2 veces al mes	Raramente o nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13- ¿Tiene alguna relación afectiva significativa? Sí No

En caso afirmativo:

Familia	Relación afectiva	Amigos	Otro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14- ¿Se encuentra satisfecho/-a con su vida afectiva? Si No

Sustancias Psicoactivas

15- ¿Ha consumido bebidas alcohólicas? Si No

En caso afirmativo con qué frecuencia lo hacía:

Más de 3 veces por semana	De 2 a 3 veces por semana	1 vez por semana	1 vez o 2 veces al mes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16- ¿Fuma cigarrillos? Si No

En caso afirmativo, número medio de cigarrillos al día:

17- ¿Ha consumido drogas? Si No

En caso de respuesta afirmativa, indique cuáles: _____

18- ¿Con qué frecuencia consumía drogas?

Más de 3 veces por semana	De 2 a 3 veces por semana	1 vez por semana	1 vez o 2 veces al mes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19- ¿En qué fase del proceso se encuentra?

Primera fase	Segunda fase	Tercera fase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3: Cuestionario de Salud Mental Positiva

Le presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lea cada frase y complete mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a usted. A continuación señale con una X en las casillas de la derecha su respuesta.

Las posibles respuestas son:

- SIEMPRE o CASI SIEMPRE
- A MENUDO o CON BASTANTE FRECUENCIA
- ALGUNAS VECES
- NUNCA o CASI NUNCA

No necesita reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es su opinión. Tampoco trate de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puede estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.

POR FAVOR, CONTESTE A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4 me gusta como soy				
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6 me siento a punto de explotar				
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona				
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12 veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				

16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 intento mejorar como persona				
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19 me preocupa que la gente me critique				
20 creo que soy una persona sociable				

21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23.... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 me gusta ayudar a los demás				
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				