

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



La salud mental: Instrumentos para su evaluación

Trabajo académico presentado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional en Psicopedagogía.

Autora.

Miriam Costa Benites

TUMBES - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



La salud mental: Instrumentos para su evaluación

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su
contenido y forma.

Miriam Costa Benites. (Autora)

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo. (Asesor)

TUMBES - PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
 ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
 PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO.

En Tumbes, a los veintiséis días del mes de febrero del dos mil diecinueve, se reunieron en la I.E. Aplicación José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, al Dr. Segundo Albuqueque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas, representantes del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana (Secretario) y la Mg. Wendy Cedillo Lozada (vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: "La salud mental: Instrumentos para su evaluación", para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicopedagogía, al señor, MIRIAM COSTA BENITES.

A las CATORCE horas VEINTE minutos y de acuerdo a lo estipulado por el Reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación de jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo BUENO.

Por tanto, MIRIAM COSTA BENITES, queda APTO, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicopedagogía.

Siendo las CATORCE horas con CUARENTA minutos, el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


 Dr. Segundo Albuqueque Silva
 Presidente del Jurado


 Dr. Andy Figueroa Cárdenas
 Secretario del Jurado


 Mg. Wendy Cedillo Lozada
 Vocal del Jurado

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mí querido esposo e hijos; quienes son el motor de mi vida, por su permanente apoyo para el logro de nuestras metas y objetivos.

Que fueron mi ejemplo y estímulo para lograr mis expectativas profesionales.

A mis estimados profesores, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por haberme transmitidos los conocimientos obtenidos y haberme llevado pasó a paso en el aprendizaje.

La autora

ÍNDICE

	página
PORTADA	
DEDICATORIA	
ÍNDICE	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: LA SALUD MENTAL	9
1.1. Concepto de salud mental	9
1.2. Orígenes de la salud mental	10
1.2.1. Movimiento de higiene mental	10
1.2.2. Organización Mundial de la Salud	13
1.2.3. Congreso Internacional de la Salud Mental	15
1.2.4. Desarrollos recientes de la Salud Mental	17
1.3. Importancia de la salud mental en el trabajo	19
1.4. Concepciones acerca de las personas consideradas mentalmente sanas	26
1.5. Lo mental como producto del cerebro: la concepción biomédica de la salud mental	29
1.6. Lo mental como conducta y cognición: la concepción comportamental de la salud mental	32
1.7. Lo mental como emergente social: las raíces socioeconómicas de la salud mental	38
1.8. Controversia acerca de la salud mental	45
1.9. Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública	45
CAPÍTULO II: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL	47
2.1. Escala de autoestima	47
2.2. Escala de autoeficacia generalizada	55
2.3. Escala para la evaluación de la satisfacción vital	64
2.4. Escala para la evaluación del optimismo	73
CONCLUSIONES	83
REFERENCIAS CITADAS	84

RESUMEN

“La salud mental: Instrumentos para su evaluación” tuvo como objetivo general: Identificar las concepciones o ámbitos de la salud mental; objetivos específicos: Explicar las concepciones biomédica, conductual, cognitiva y socioeconómica de la salud mental; proponer los principales instrumentos para la evaluación de la salud médica de los adolescentes. Salud mental, según Oblitas (2004, p. 3), es “el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. Los ámbitos de la salud mental son: biomédica (Ausencia de trastornos “mentales”); conductual (Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo); cognitiva (Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas) y socioeconómica (Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano).

Palabras clave: La Salud mental, Instrumentos, Evaluación.

INTRODUCCIÓN

La salud mental, según Oblitas (2004, p. 3), es “el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo”.

Las características de las personas mentalmente sanas, según Pacheco en su artículo El concepto de salud mental (2005) son: Están satisfechas consigo mismas. Se sienten bien con los demás. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.

Acosta (2004) y Schultz y Schultz (2002) hacen alusión a que en los últimos años se ha venido promoviendo, desde la psicología humanista, una nueva concepción de salud mental. Es así, que Carl Rogers habla de conducta madura y de personas de funcionamiento completo como sinónimo de normalidad (o salud mental) y describe las siguientes características como esenciales en este tipo de personas: Apertura a la experiencia. Viven cada momento de manera plena y rica. Confían en su propio organismo. Poseen un sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas. Son personas creativas, y viven de manera constructiva y adaptativa conforme cambian las condiciones ambientales.

Masterson, citado por Preston (2003), expresa que dentro de las características esenciales para la salud mental se encuentran: Espontaneidad y viveza del afecto. Capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos. Valoración positiva de uno mismo. Autoafirmación. Intimidad. Compromiso.

A partir del esbozo de la salud mental, surge el *problema de la investigación* monográfica de compilación: ¿en qué consiste la salud mental?, el cual nos ha permitido formular el *título de la monografía*: La salud mental: Instrumentos para su evaluación, el mismo que tiene como *objetivo general*: Identificar las concepciones o ámbitos de la salud mental; *los objetivos específicos*: Explicar las concepciones biomédica, conductual, cognitiva y socioeconómica de la salud mental; proponer los principales instrumentos para la evaluación de la salud médica de los adolescentes.

La monografía está estructurada en dos capítulos: *el primero* teoriza y describe la salud mental desde su devenir histórico hasta la época actual; *el segundo*, trata acerca de los principales instrumentos para evaluar la salud mental de los adolescentes. Asimismo, se arriba a las conclusiones y la bibliografía consultada.

Finalmente, expreso mi gratitud eterna a todas aquellas personas que alentaron mi espíritu y mi intelecto, por sus extraordinarias orientaciones y aportes académicos, los cuales nos han servido en el desarrollo y cristalización de nuestra investigación monográfica. Considero que el tema no ha sido agotado, pero procuraremos mejores logros en futuras tareas.

CAPÍTULO I

LA SALUD MENTAL

1.1. Concepto de salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental, según Oblitas (2004, p. 3), es “el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo”. De igual forma, Dubos (1975), “mencionado por Oblitas, manifiesta que la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.”

1.2. Orígenes de la salud mental

En este acápite se revisa los orígenes del actual concepto de salud mental, empezando por el movimiento de higiene mental, iniciado en 1908 por los usuarios de los servicios de Psiquiatría y los profesionales interesados en mejorar las condiciones y la calidad del tratamiento de personas con trastornos mentales. Asimismo, se expone que la salud mental, más que una disciplina científica, es un movimiento político e ideológico que involucra a diversos sectores de la sociedad, interesados en promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la calidad de su tratamiento.

1.2.1. Movimiento de higiene mental

El origen del movimiento de higiene mental puede atribuirse al trabajo de Clifford Beers en EE.UU. En 1908, publicó *A mind that found itself*, Beers CW (1937), un libro basado en su experiencia personal de ingresos en tres hospitales mentales. El libro tuvo una gran repercusión y en el mismo año se estableció la Mental Health Society en Connecticut. Adolf Meyer, Schneck JM (1975), sugirió a Beers el término higiene mental, el cual encontró una rápida popularidad gracias a la creación, en 1909, de la National Commission of Mental Hygiene. A partir de 1919, la internacionalización de las actividades de la Comisión dio lugar al establecimiento de algunas asociaciones nacionales centradas en la higiene mental: en Francia, Pélicier (1971) y Sudáfrica, Hurst LH (1975); en Italia, Mora G. (1975) y Hungría, Horánszky N. (1975).

A partir de estas asociaciones nacionales se creó el Comité Internacional de Higiene Mental (Committee on Mental Higiene) que posteriormente fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental (World Federation of Mental Health, WFMH)

En sus orígenes, y reflejando la experiencia de Beers en hospitales mentales, el movimiento de higiene mental se dedicaba primaria y básicamente a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales. Según las propias palabras de Beers: Cuando, en 1909, se organizó el Comité Nacional, su labor principal residía en humanizar la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento han causado tradicionalmente a los enfermos mentales. (Beers CW, 1937).

En una fase posterior, el Comité amplió su programa para incluir las «formas más leves de discapacidad mental» y una mayor preocupación por la labor preventiva. Este cambio se basó en la creencia de que los trastornos mentales frecuentemente encuentran su origen en la infancia o la juventud, y las medidas preventivas son más eficaces a principios de la vida» y de que las condiciones ambientales y la forma de vivir generan una salud mental enferma.

En 1937, el National Committee for Mental Hygiene estableció que tenían la intención de alcanzar sus objetivos a través de las siguientes acciones: a) procurando un diagnóstico y un tratamiento precoces; b) desarrollando una hospitalización adecuada; c) estimulando la investigación; d) afianzando la comprensión y el apoyo públicos de las actividades de psiquiatría e higiene mental; e) instruyendo a individuos y grupos en la aplicación personal de los principios de la higiene mental, y f) cooperando con organismos gubernamentales y privados cuya labor tenga alguna relación con el campo de la higiene mental.

Por lo tanto, el movimiento de higiene mental tuvo inicialmente una naturaleza parapsiquiátrica, dirigiendo sus esfuerzos hacia la mejora de la atención psiquiátrica. La inclusión de actividades preventivas en sus intereses no lo distinguía de la Psiquiatría: el movimiento estaba destinado a maximizar lo que la mayoría de los psiquiatras avanzados de la época aceptaban y proponían en EE.UU. Muchos de estos psiquiatras tenían una orientación psicoanalítica.

Conforme al grupo que lo lanzó, el movimiento de higiene mental «estaba centrado, no en el paciente individual, sino en la comunidad en global, y se consideraba a cada miembro de esta comunidad como un individuo cuya salud mental y emocional estaba determinada por factores causales definidos y cuya necesidad imperiosa era la prevención más que la curación. En consecuencia, el Movimiento de Higiene Mental tiene con la Psiquiatría la

misma relación que el movimiento de salud pública, del que forma parte, tiene con la Medicina en general. Se trata de una respuesta comunitaria organizada a una necesidad comunitaria reconocida», Beers CW (1937). Por otro lado, también se estableció que, en el momento presente, tanto psiquiatras como higienistas mentales son más conscientes que nunca de que, de hecho, sus objetivos son idénticos y que cada grupo necesita al otro para cumplir con su tarea común», (Beers CW, 1937).

1.2.2. Organización Mundial de la Salud

Desde sus más tempranos inicios, la OMS siempre ha tenido una sección administrativa dedicada especialmente a la salud mental, en respuesta a las demandas de sus Estados Miembro. El primer Informe del Director General de la OMS (Report of the WHO's Director General World Health Organization [1951]), en su versión en inglés, se refiere a una sección administrativa denominada Mental Health (salud mental). Sin embargo, la versión del mismo informe en francés la denomina Hygiène Mentale (higiene mental). Hasta bien entrada la década de 1960, encontramos «higiene» como traducción francesa del término health en algunas publicaciones de la OMS y, en ocasiones, también se observa el uso indistinto de mental higiene y mental health en la versión inglesa de algunos documentos. El volumen N° 9 de la serie de la OMS Public Health Papers se publicó en 1961 en inglés con el título de Teaching of Psychiatry and Mental Health Organization (1961), en 1962 en francés con el título de L'enseignement de la Psychiatrie et de l'Hygiène

Mentale (1962) y en 1963 en español con el título de Enseñanza de la Psiquiatría y de la Salud Mental (1963).

En el preámbulo de la Constitución de la OMS, se estableció que «la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad», World Health Organization (1994), una definición ampliamente valorada ahora. Esta definición es claramente holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX.

Cabe destacar que mental, en la definición de salud de la OMS (así como físico y social) se refiere a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia, conforme a este concepto, resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social. Si quisiéramos especificar una dimensión en particular, sería más apropiado utilizar el término bienestar y no salud (por ejemplo, bienestar mental o bienestar social). Este uso negligente de la palabra salud parece haberse iniciado cuando se sustituyó la higiene mental (movimiento social o dominio de actividad) por salud mental (originalmente destinado a un estado y después transformado en un dominio o campo de actividad).

1.2.3. Congreso Internacional de Salud Mental

La British National Association for Mental Hygiene organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres del 16 al 21 de agosto de 1948. Se inició como Conferencia Internacional de higiene mental y terminó en una serie de recomendaciones para la salud mental. A lo largo de las conferencias se aprecia cómo se utilizan indistintamente los términos de higiene y salud, con el adjetivo mental, en ocasiones en el mismo párrafo, sin ninguna distinción conceptual clara. Sin embargo, en las 17 páginas de recomendaciones de la conferencia, apenas se utiliza el término higiene. Al final del congreso, el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health.

Además de la terminología utilizada en las conferencias de ese congreso, sustituyéndose gradualmente la higiene por la salud, algunas de sus recomendaciones tuvieron influencia en otros ámbitos y contextos. Un ejemplo es la recomendación 6 para que la OMS establezca, lo antes posible, un comité de expertos líderes compuesto por personal del campo de la salud mental y las relaciones humanas.

La conferencia se convocó bajo el lema «Salud Mental y Ciudadanía del Mundo». No obstante, desde un punto de vista conceptual, y quizás como reflejo de la situación de posguerra, prevalecieron las discusiones sobre la ciudadanía mundial frente a aquellas sobre la salud mental. J.C. Flugel, Presidente del Comité del Programa de Conferencias, solo expuso un concepto

de salud mental: «La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos», International Committee on Mental Hygiene (1948). Como reflejo de la preocupación por la ausencia o más bien el número limitado de participantes de lugares como Extremo Oriente, África del Sur y Unión Soviética, se expresó la esperanza de que el sentido en que se entiende la salud mental en los países occidentales [no] necesariamente ha de ser distinto al que se le da en otros países. (International Committee on Mental Hygiene, 1948).

De forma más detallada, algunos delegados elaboraron lo que fue resumido como «los cuatro niveles del trabajo de salud mental: preservativo, terapéutico, preventivo y positivo», International Committee on Mental Hygiene (1948). No resulta complicado apreciar que existe un considerable solapamiento entre estas propuestas y las ya implantadas por el movimiento de higiene mental.

En la sesión de clausura, O.L. Forel, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Ginebra, respondiendo a las críticas de que la higiene mental, tal como se entendía en esa conferencia, rebasaba el marco médico y científico, planteó una declaración claramente política (en el sentido de Platón) afirmando: Espero estar reflejando vuestro sentimiento al expresar nuestro orgullo de que tantos científicos vinieran aquí no para desarrollar sus

respectivas ciencias, sino para ponerlas al servicio de la humanidad. (International Committee on Mental Hygiene, 1948).

Al volver a leer las conferencias de este congreso, se llegan a apreciar las tensiones que se dieron entre un enfoque pragmático, desarrollado por el movimiento de higiene mental (básicamente defendido por los delegados de EE.UU.) y un enfoque con una orientación más política, propuesto por otros participantes, quizá traduciendo las experiencias de algunos delegados de los países europeos que habían sufrido gravemente por la reciente guerra. Finalmente, prevaleció este último enfoque, con la transformación del movimiento de higiene mental en un movimiento de salud mental. Quizá como reflejo de este movimiento básicamente político, el National Institute of Mental Health inició, en 1949, sus actividades en EE.UU.

1.2.4. Desarrollos recientes de la salud mental

Tras medio siglo de salud mental y casi un siglo de movimientos de higiene mental, puede percibirse un cierto desarrollo. De un modo más global, recientemente se ha cuestionado el concepto de la salud de la OMS; formulado hace más de medio siglo, muchos consideran que ya no es apropiado para la situación actual, Saracci R. (1997), Frenk J, (1997).

En general, sigue utilizándose el concepto de salud mental tanto para designar un estado, una dimensión de salud –un elemento esencial de la definición de la salud–, como para hacer referencia al movimiento derivado del

movimiento de higiene mental, correspondiente a la aplicación de la Psiquiatría a grupos, comunidades y sociedades, más que a individuos aislados, como en el caso de la Psiquiatría clínica. Sin embargo, lamentablemente, muchos siguen considerando, con bastante desacierto, la salud mental como una disciplina, ya sea como sinónimo de la Psiquiatría, ya sea como uno de sus campos complementarios.

Una tendencia reciente ha sido la adición del adjetivo calificativo pública tanto a la salud mental como a la Psiquiatría, tal como puede apreciarse en un documento de la OMS titulado Public Mental Health (1996), o en una revista denominada Psiquiatría Pública, publicada en España desde 1989. Esto se acerca mucho más al concepto de salud mental como movimiento que como disciplina.

En 2001, la OMS dedicó su informe anual a la salud mental (The World Health Report-Mental Health: new knowledge, new hope) (2001). En ese mismo año, el lema del Día Mundial de la Salud fue Sí a la atención, no a la exclusión (Stop Exclusion–Dare to Care), una declaración política bastante clara que, con seguridad, habría gustado enormemente a Clifford Beers.

En el mensaje del Director General de la OMS que abre el informe mencionado, Gro H. Brundtland resume los tres principales campos de conocimiento que cubre el documento: a) eficacia de la prevención y el tratamiento, b) planificación y provisión de servicios y c) políticas para

eliminar estigmas y discriminaciones, y subvenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento. Dejando aparte algunas variaciones semánticas entre los inicios del siglo XX y del siglo XXI, los mismos problemas de los orígenes del movimiento de higiene mental, comentados con anterioridad, pueden encontrarse acerca de salud mental en el informe de la OMS. Quizá la mayor diferencia entre estas dos plataformas políticas es el énfasis de la mejora de la atención hospitalaria en la primera (única forma de tratamiento disponible en aquella época) y el énfasis contemporáneo en alejar la salud mental de los hospitales psiquiátricos para ubicarla en la comunidad.

Sin embargo, debemos admitir que, lamentablemente, lo que ocupaba el primer lugar en la agenda de Beers en 1909, a saber, una mejora de los estándares de la atención de salud mental y la erradicación de los abusos a los que habitualmente se ven sometidas las personas con trastornos mentales, sigue constituyendo un problema importante de la mayor parte de las agendas progresivas y avanzadas de las personas interesadas en promover la salud mental en todo el mundo.

1.3. Importancia de la salud mental en el trabajo

El trabajo es el lugar donde pasamos, aproximadamente, un tercio de nuestro tiempo, y es uno de los ambientes que en mayor medida afecta a la salud física y mental de las personas (Observatorio Vasco de Acoso Moral, 2012), influyendo significativamente no solo en su vida laboral, sino también

en múltiples aspectos de su vida personal, tales como la relación de pareja o el rendimiento escolar de los hijos (Harris, 2016).

Si bien en algunas ocasiones el trabajo puede considerarse una fuente de satisfacción y realización personal, en contraposición con el despido o el desempleo (Waddell y Burton, 2006), en otras, el ámbito laboral puede tener un marcado efecto negativo sobre el bienestar y la salud mental de los trabajadores.

A este respecto, según señala la Organización Internacional del Trabajo – OIT- (1984), las interacciones entre el medioambiente laboral, el contenido del trabajo, las condiciones de la organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, así como aspectos personales externos al trabajo, constituyen factores de riesgo psicosocial que, en función de las percepciones y la experiencia personal del trabajo, pueden influir en la salud, el rendimiento del trabajo y la satisfacción laboral.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2001) clasifica los factores de riesgo psicosocial en dos grupos: a) los relacionados con la organización, contenido y realización del trabajo (sobrecarga cuantitativa o cualitativa de la tarea, distribución del tiempo de trabajo y de los períodos de pausas y descansos, horario y turnos de trabajo, funciones y tareas, ritmo de trabajo, monotonía, autonomía, carga mental, formación, responsabilidad, desempeño de rol, comunicación en el trabajo, estilo de mando, participación en la toma de decisiones, condiciones laborales,

posibilidad de desarrollo de la carrera profesional); y b) aquellos relacionados con las interacciones humanas (relaciones interpersonales en el trabajo, con superiores, subordinados, compañeros, y/o con usuarios o clientes, y situaciones de acoso laboral).

Estos riesgos de origen psicosocial son considerados en la actualidad uno de los principales problemas de salud laboral que tiene la población en activo de la Unión Europea (Gamero, 2010), y su falta de prevención puede suponer importantes costes humanos y económicos, tanto para el trabajador afectado, que ve disminuida su calidad de vida, como para la organización y la sociedad en su conjunto.

Concretamente, uno de los mayores desafíos para la seguridad y salud que enfrentan, hoy en día, las organizaciones en el ámbito de la Unión Europea, es el estrés laboral, cuyo coste anual estimado es de unos 20.000 millones de euros, incluyendo tanto los días trabajo perdidos (EU-OSHA, 2014) como los costes sanitarios asociados (entre el 3% y el 4% del Producto Interior Bruto de la UE -OIT, 2005).

Este grave problema, que en nuestro país afecta al 59% de los empleados (INE, 2017), surge cuando se da una incompatibilidad entre las exigencias del trabajo o el ambiente laboral, y las capacidades, recursos y necesidades del empleado (OMS, 2006). Su impacto puede variar en función de la respuesta individual, si bien una exposición prolongada repercute

negativamente en el bienestar y puede contribuir al desarrollo de una serie de consecuencias perjudiciales para la salud, que incluyen problemas físicos (por ej., enfermedades cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos), conductas de riesgo para la salud –como uso y abuso de alcohol, tabaquismo y trastornos del sueño-, así como trastornos mentales y del comportamiento, principalmente burnout, ansiedad y depresión. La severidad de estos últimos, ya ha sido puesta de relieve por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), que sitúa la ansiedad y la depresión como la segunda causa de enfermedad relacionada con el trabajo, por detrás de las enfermedades musculares, previendo que, en 2020, serán el principal motivo de baja laboral en todo el mundo.

A nivel organizacional, el estrés junto con los problemas anteriormente mencionados, se traduce en dificultades en el desempeño laboral que conllevan importantes costes: menor productividad (Bäckström, 2009), mayor tasa de absentismo y presentismo (Ayuso, 1999; Dimoff et al., 2014), incremento en el número de días de baja a corto y largo plazo, etc. El impacto de estos factores tiene un coste anual para las empresas de unos 1.220 euros por empleado (EU-OSHA, 2014).

El alcance de las consecuencias del estrés se refleja también en el ámbito familiar: algunos estudios han señalado el impacto que puede tener sobre la relación de pareja (Beatty, 1996), así como en la actitud de los padres

hacia los niños y los problemas de conducta de estos en la escuela (Stewart & Barling, 1996).

Todos estos indicadores muestran que la situación con respecto al desarrollo de organizaciones sanas y la promoción de la salud en el lugar de trabajo no es tan positiva como debería ser y, por tanto, es importante que las políticas y legislación de los gobiernos, así como las iniciativas públicas y privadas, contribuyan a la promoción de empresas saludables. Estas últimas, a través del desarrollo de políticas y prácticas de salud y seguridad, y la promoción de mejoras en los sistemas y condiciones de trabajo (Peiró y Rodríguez, 2008).

La afirmación anterior ha sido compartida también por la Organización Mundial de la salud, que considera un imperativo moral la creación de ambientes psicológicamente saludables que fomenten el bienestar de los trabajadores, a la par que mejoran el rendimiento y la productividad de las organizaciones (OMS, 2010). Para llevar a cabo este objetivo de forma eficaz, la OIT subraya la necesidad de realizar un enfoque integrado entre las acciones de carácter laboral (gestión de la prevención de riesgos psicosociales) y sanitario (promoción de la salud en el trabajo) (OIT, 2016).

En todo este proceso, la Sociedad Británica de Psicología (British Psychological Society-BPS) considera fundamental el papel del psicólogo del Trabajo y las Organizaciones, cuya formación le capacita para contribuir

eficazmente a los programas diseñados en pro de la mejora del bienestar psicológico laboral. Entre sus funciones, la BPS resalta el diseño y desarrollo de intervenciones, el diseño de ambientes de trabajo psicológicamente saludables, productivos y gratificantes (midiendo los niveles de bienestar psicológico y evaluando los factores que influyen en el lugar de trabajo; asesorando sobre temas relacionados con la Psicología de la gestión del cambio en el lugar de trabajo, para que el cambio pueda ocurrir efectivamente; diseñando y formando para ayudar a fortalecer la capacidad de resistencia y capacidad de las personas para hacer frente a un trabajo exigente; ayudando a las organizaciones a lograr un buen ajuste entre la persona y el trabajo mediante una evaluación, selección y desarrollo eficaces), el apoyo a la gestión y el liderazgo (ayudando a los líderes a desarrollar estilos de gestión que equilibren el enfoque en el desempeño eficaz del desempeño y el bienestar psicológico para asegurar niveles sostenibles de alto desempeño; proporcionándoles apoyo y asesoramiento cuando una persona ha estado fuera del trabajo debido a una mala salud o ha sido diagnosticada con una discapacidad o condición de salud y se está reincorporando al trabajo; ayudando a los líderes de manera eficaz y sensata en el abordaje de temas como el absentismo, el presentismo y problemas relacionados con el estrés; resolviendo conflictos y apoyando a personas y organizaciones bajo presión, a través de la creación de equipos o el apoyo a la gestión), el apoyo a las personas (enseñando a los individuos a afrontar las dificultades, y ofreciendo asesoramiento y apoyo para la rehabilitación y el retorno al trabajo).

La implementación de estas medidas supondría enormes beneficios, tal y como pone de relieve la European Network for Workplace Health Promotion señalando que, por cada euro invertido en la implementación de intervenciones para la promoción de la salud en el trabajo, se recuperarían entre 2,5 y 4,8 euros, al reducirse los costes asociados al absentismo (ENWHP, 2005).

No son pocos los estudios e informes nacionales e internacionales que han apoyado la importancia concedida al papel del bienestar de los empleados y sus beneficios tanto a nivel individual como organizacional. Según la última encuesta de Randstad (2016), los criterios más valorados por los trabajadores de cara a la mejora de su bienestar serían un ambiente de trabajo agradable, la conciliación entre el trabajo y la vida privada y la flexibilidad laboral. De igual modo, la consultora británica Great Place to Work indica que reconocer a las personas como individuos, valorar su labor y confiar en ellas al proporcionar trabajo flexible, son formas de abordar el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, y suponen un factor clave de bienestar, que no conlleva coste alguno.

La evidencia de la investigación sugiere que los altos niveles de bienestar psicológico y el compromiso de los empleados juegan un papel central en los resultados importantes que están asociados con el éxito y el alto rendimiento de las organizaciones (Cropanzano y Wright, 2000). Asimismo, en los últimos años, ha habido un incremento en el interés por el estudio de la

felicidad del empleado –como estado de ánimo y emociones agradables, bienestar y actitudes positivas-, y su rol crucial para tener un personal laboral satisfecho, motivado y comprometido, que se refleja en la disminución de las ausencias (Harter y col., 2002), en la creatividad (Erez y col., 2002), la mejora del rendimiento y en la productividad de la empresa (Fisher, 2010, Oswald et al., 2014; Wright et al., 2007).

En esta línea, numerosos estudios, han evidenciado también el papel esencial tanto de la cultura organizacional (Cameron y Freeman, 1991; García y Ovejero, 2000) como de los líderes de equipo en la promoción del bienestar de los empleados. En este sentido, las interacciones negativas con los líderes pueden volverse una fuente importante de estrés, afectando seriamente al bienestar laboral (Peiró y Rodríguez, 2008), y asociándose con la aparición de trastornos mentales (Ferrie et al., 2006), y/o determinados síntomas físicos, como el aumento de la presión arterial durante y después del turno de trabajo (Wong y Kelloway, 2016). Por el contrario, las formas positivas de liderazgo pueden influir directamente en la sostenibilidad de la buena salud de los trabajadores, mediante prácticas saludables (Bäckström, 2009; Barling et al., 2011). De este modo, un liderazgo eficaz puede mejorar el ambiente laboral, la organización del trabajo y el contexto social, atendiendo a las características individuales de los empleados y contribuyendo al bienestar de los mismos (Peiró y Rodríguez, 2008).

1.4. Concepciones acerca de las personas consideradas mentalmente sanas

“Entre algunas de las características de las personas mentalmente sanas, quisiéramos resaltar las mencionadas por Pacheco en su artículo El concepto de salud mental” (2005):

- Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.
- Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos experiencialmente a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.

En este orden de ideas, Acosta (2004) y Schultz y Schultz (2002) hacen alusión a que en los últimos años se ha venido promoviendo, desde la psicología humanista, una nueva concepción de salud mental. Es así, que Carl Rogers habla de conducta madura y de personas de funcionamiento completo como sinónimo de

normalidad (o salud mental) y describe las siguientes características como esenciales en este tipo de personas:

- ***Apertura a la experiencia.*** Tanto a los sentimientos positivos como a los negativos; no están a la defensiva y no necesitan negar o distorsionar las experiencias.
- ***Viven cada momento de manera plena y rica.*** Cada experiencia es fresca y nueva en potencia. No necesitan estructuras preconcebidas para interpretar cada suceso rígidamente; son flexibles y espontáneas.
- ***Confían en su propio organismo.*** Es decir, confían en sus propias reacciones en lugar de siempre guiarse por las opiniones de otros o por juicios intelectuales (separados de las necesidades afectivas). Son personas auténticas o satisfechas de sí mismas.
- ***Poseen un sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas.*** Esto produce una sensación de poder, porque saben que su futuro depende de sus propias acciones y no está totalmente determinado por las circunstancias presentes, los sucesos pasados o por otras personas. Asumen responsabilidad por sus decisiones y conducta.
- ***Son personas creativas, y viven de manera constructiva y adaptativa conforme cambian las condiciones ambientales.*** La espontaneidad y la flexibilidad son características aliadas de la creatividad.

Adicionalmente, Masterson, citado por Preston (2003), expresa que dentro de las características esenciales para la salud mental se encuentran:

- *Espontaneidad y viveza del afecto.* Refleja la capacidad de experimentar la amplia gama de emociones humanas y de poder (o permitirse) sentir las profundamente si es necesario, de acuerdo con el proyecto de vida autoescogido.
- *Capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos.* Implica, hasta donde sea posible, la descripción detallada de la propia experiencia, así como de la forma de reaccionar y asumir una situación. *Valoración positiva de uno mismo.* Internalización de derecho a sentirse bien consigo mismo al conseguir las cosas, del derecho a sentirse orgulloso y a valorar lo que se hace.
- *Autoafirmación.* Implica la convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades y opiniones cuando sea necesario, así como defenderse cuando estos han sido heridos por otros. También se trata de la capacidad y la disposición para llevar las propias convicciones a terreno de la acción.
- *Intimidad.* La capacidad de expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se quiere, lo que implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional.
- *Compromiso.* Que viene a ser la capacidad y la disposición para perseverar en los momentos difíciles.

1.5. Lo mental como producto del cerebro: la concepción biomédica de la salud

mental

El enfoque biomédico es heredero de la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental en la cual la enfermedad es el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación, entendida como un arreglo anatómico-fisiológico mediante una acción directiva y vertical. De acuerdo con Gómez, (2012), la racionalidad de este modelo: Reduce la salud a la ausencia de enfermedades, concebidas como epifenómenos dañinos, con sentido en sí mismos, cuya naturaleza es mensurable y comprensible con base en las evidencias empíricas de los ensayos controlados y la epidemiología clínica Gómez (2012).

La concepción biomédica de la salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad.

Desde el enfoque biomédico, la salud mental está sustentada en un monismo biologicista en el cual lo mental se reduce a procesos biológicos; en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas, Guinsberg (2001), Rogers (2010). Al suponer que la actividad mental es causada por el cerebro, la salud mental queda reducida a uno de los capítulos de la salud física, Pérez (2010).

La segunda característica de la concepción biomédica de la salud mental es el protagonismo que se le otorga a la enfermedad mental como eje identitario de la salud mental. Lo anterior se hace particularmente evidente en muchas de las investigaciones que se realizan con el título de salud mental, las cuales, en la práctica, se ocupan de la epidemiología de los trastornos mentales o de su tratamiento, a pesar de que en su formulación planteen como punto de partida definiciones como las de la OMS y el Ministerio de Salud de Canadá que insisten en una concepción salutogénica de la salud mental, Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social, (2005), Torres, Montoya (1997), Torres, Osorio, López, Mejía (2006).

La enfermedad mental en el enfoque biomédico es la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico, Guze (1989). De hecho, Baker y Menken, (2001), sugieren abandonar el concepto de mente y reemplazarlo por cerebro, como un paso esencial para promover la mejora de la salud humana. Desde la óptica de estos autores, no existe la enfermedad mental, sino la enfermedad cerebral: Sugerimos que es no científico, engañoso y perjudicial para millones de personas en todo el mundo declarar que algunos trastornos cerebrales no son dolencias físicas. Neurología y psiquiatría deben poner fin al cisma del siglo XX que ha dividido a sus campos. Tiene que haber una colaboración más

estrecha en la investigación en neurociencias y la práctica clínica. Y tenemos que construir alianzas con nuestros pacientes y con la sociedad en general. Solo así podremos avanzar en la prevención y el tratamiento de trastornos del sistema nervioso y del cerebro, Baker y Menken (2001).

En esta concepción de la salud mental se califica como normal a todo aquel que no se considera trastornado o que no es etiquetado como tal: “normal es el que se tolera a sí mismo y es tolerado; normal es el que tiene la suerte de formar parte de la definición convencional del no trastorno mental: es decir, tienen la buena fortuna de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría, Jervis (1977).

La intervención en salud mental desde el enfoque biomédico se centra fundamentalmente en la atención profesional de los trastornos mentales por parte de los especialistas; el enfoque terapéutico convencional de la mayoría de los trastornos mentales se realiza mediante farmacoterapia, aunque en algunos casos se acude a otros métodos como la terapia electroconvulsiva, Guinsberg (2007) y hasta la psicocirugía o cirugía para los trastornos mentales, Pedrosa (2003). Desde una perspectiva de salud pública basada en el enfoque biomédico, la respuesta ante los problemas de salud mental de la población se centra en la ampliación de los servicios especializados de salud mental (incremento del número de profesionales, facilidades para el acceso a los

centros de salud mental, disponibilidad de medicamentos, mejoramiento de los recursos tecnológicos, etc.) para brindar atención asistencial a las personas afectadas por trastornos mentales.

1.6. Lo mental como conducta y cognición: la concepción comportamental de la salud mental

A partir de la década de los sesenta se presenta un cambio en los perfiles de morbimortalidad en los países en desarrollo: las enfermedades infecciosas que habían sido hasta entonces las que más preocupación generaban a las agencias de salud empezaron a cederle paso a las enfermedades crónicas que por su prevalencia y su mayor carga de enfermedad se convirtieron en poco tiempo en el nuevo motivo de preocupación, Yepes (1990). En este contexto, empiezan a adquirir especial interés los factores de riesgo ambientales y comportamentales asociados a los problemas de salud de la vida contemporánea (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentalidad, etc.), Flórez (2006), dando paso a un nuevo enfoque para entender los procesos de salud-enfermedad, como es el comportamental

Desde este enfoque, la manera como las personas se comportan constituye un factor determinante para la salud y para la enfermedad, Rogers (2010); la salud se relaciona con hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entiende como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo, lo cual, por supuesto, no solo representa una perspectiva bastante limitada para explicar la patogénesis, sino también, trae como consecuencia

una hiperresponsabilización de los sujetos, con todas las consecuencias que ello conlleva.

Una categoría central dentro de este modelo es la de estilo de vida, entendida como aquellas formas social y culturalmente determinadas de vivir que se expresan en conductas como practicar deportes, la sana alimentación, la evitación del consumo de cigarrillos, alcohol o drogas, etc., Possas (1989). A propósito de la relación entre los estilos de vida y la salud, afirma Rodríguez: Nuestra, forma de vivir, nuestro estilo de vida, tiene una relación directa con muchos aspectos de nuestra salud. Comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol en exceso, comer en exceso o consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio y conducir de manera imprudente, están estrechamente relacionadas con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: corazón, cáncer y carretera , (Rodríguez, 1985).

A partir de este enfoque se configuran dos concepciones de salud mental influenciadas por la tradición psicológica norteamericana: la concepción conductual y la concepción cognitiva.

El conductismo nace en los Estados Unidos con el propósito de fundar una psicología ajustada a los métodos objetivos de la ciencia moderna, lo cual implica renunciar al mentalismo, al introspeccionismo, al reduccionismo organicista y al interpretacionismo subjetivista, Toro (1985). Desde esta perspectiva se propone una psicología centrada en términos de estímulos y

respuestas, formación de hábitos, integración de hábitos, etc., de tal modo que ya no es la conciencia, ni la mente, ni el alma el objeto de interés, sino la conducta observable, explicada a través de procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante).

Un elemento central en la concepción conductual de la salud “mental” es el ambientalismo. Los estímulos ambientales se consideran determinantes en la explicación y modificación del comportamiento; se plantea que la conducta puede moldearse, en la medida en que se conozcan las leyes que rigen el comportamiento y que se modifiquen las condiciones ambientales que lo determinan. Watson ilustra claramente esta posición ambientalista en la siguiente cita:

Dadme una docena de niños sanos, bien formados, para que los eduque, y yo me comprometo a elegir uno de ellos al azar y adiestrarlo para que se convierta en un especialista de cualquier actividad que yo pueda escoger -médico, abogado, artista, hombre de negocios e, incluso, mendigo o ladrón- prescindiendo de su talento, inclinaciones, tendencias, aptitudes, vocaciones y raza de sus antepasados , Watson (1976).

El conductismo alcanzó una rápida diversificación teórica (la teoría de la contigüidad de Guthrie, la teoría hipotético deductiva de Hull, el conductismo cognoscitivo de Tolman, el análisis experimental del comportamiento de Skinner, el conductismo interconductual de Kantor, entre

otras) y una amplia difusión, no solo en el ámbito de la psicología, sino también de la educación, la industria, la publicidad, la salud pública, etc., Toro (1985). Su utilidad práctica y sus sofisticados métodos para la modificación y el control del comportamiento fueron (y aún lo siguen siendo) altamente valorados y útiles para los procesos de enseñanza, el manejo de personal, el mercadeo de productos, la modificación de hábitos que afectan la salud, entre otros.

Dado que uno de los principios epistemológicos fundacionales del conductismo es el rechazo a la noción de mente y a cualquier forma de mentalismo, Skinner (1994) y Watson (1982), la noción de salud mental resulta paradójica; en este sentido, la salud mental, desde la perspectiva conductista, se redefine como salud comportamental .

La salud comportamental se entiende en términos de hábitos y conductas adaptativas, resultantes de procesos de aprendizaje, que le permiten al sujeto encajar dentro de los patrones de comportamiento esperados en un contexto determinado. En consecuencia, los trastornos mentales se entienden como alteraciones o desajustes del hábito, Watson (1916), es decir, respuestas maladaptativas, indeseables o inaceptables, Rogers (2010). Por lo tanto, si los trastornos mentales no son más que comportamientos indeseables aprendidos, curar trastornos mentales no significa borrar una enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables, (Jerves, 1977).

La segunda concepción de salud mental emergente del enfoque comportamental es la cognitiva, en la cual se restituyen dimensiones mentales en la explicación del comportamiento, entendiendo lo mental en términos de estructuras y procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan.

Se plantea que los trastornos mentales se encuentran determinados por formas distorsionadas o irracionales de pensamiento (esquemas desadaptativos, distorsiones cognitivas, etc.) que llevan al sujeto a presentar desajustes en su comportamiento o afecciones emocionales,”. Vallejo (2008) y Beck (2000).

A diferencia del enfoque biomédico, en el cual la normalidad está definida por la ausencia de trastornos mentales, en el enfoque comportamental (conductual y cognitivo) la normalidad se entiende como la adaptación del comportamiento individual a un conjunto de modelos de comportamiento y de pensamiento que se presentan como universales, (Guinsberg, 2001).

Desde la concepción conductual de la salud mental, las intervenciones están orientadas al entrenamiento del sujeto para reemplazar aquellos comportamientos desadaptativos o problemáticos, con un repertorio conductual más saludable y adaptativo, Oblitas (2006), mediante técnicas de ingeniería conductual. En la concepción cognitivista, por su parte, la intervención tiene una orientación fundamentalmente educativa-instruccionista, cuya finalidad es lograr que los sujetos corrijan las formas de

pensamiento disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) y aprendan a pensar □ y en consecuencia a comportarse □ de una manera adaptativa.

En el marco de las acciones en salud pública que se desarrollan desde el enfoque comportamental, la prevención basada en la información, la educación instruccional y las habilidades conductuales, juega un papel fundamental. En este sentido, la literatura reporta diferentes programas de prevención desde perspectivas conductuales y/o cognitivas para diversas problemáticas de salud mental, tales como el consumo de drogas, Miyazaki, Yamaguchi, Kondo, Igarashi, Yottsuji, Takahashia (2010) y Palinkas (1996]; la depresión, Stice, Rohde, Gau, Wade, (2010), Cuijpers (2009); la violencia, Jaffe (1992), The multisite violence prevention Project (2008), entre otros.

1.7. Lo mental como emergente social: las raíces socioeconómicas de la salud mental

En las décadas de 1970 y 1980 surgen una serie de críticas a las intervenciones de salud basadas en la concepción medicalizada y en la perspectiva del riesgo individual, al considerar que estas aproximaciones se ocupan de la enfermedad, más no de la salud; aparece entonces un interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005), dando lugar al enfoque socioeconómico. En dicho enfoque

convergen diversas tradiciones de pensamiento, tales como la Escuela de Frankfurt, algunas perspectivas estructuralistas y materialistas de la sociología, el movimiento de salud colectiva y la medicina social en Latinoamérica y el enfoque de los determinantes sociales, entre otras.

La declaración de Alma Ata constituye un aspecto central en la consolidación del modelo socioeconómico, al reconocer que el desarrollo económico y social es fundamental para lograr el estado máximo de salud para todos y que la promoción y la protección de la salud de la población son condiciones indispensables para el desarrollo económico y social, para la calidad de vida y para alcanzar la paz. En esta conferencia se destaca también la responsabilidad de los gobiernos frente a la salud de los pueblos, no solamente a través de la asistencia sanitaria, sino también de medidas sociales, Organización Panamericana de la Salud (1978).

A diferencia de la noción de estilo de vida predominante en el modelo comportamental, en el modelo socioeconómico (fundamentalmente en su perspectiva latinoamericana) se ha introducido la noción de “modo de vida” como una instancia determinante en los procesos de salud – enfermedad. De acuerdo con Possas, (1989), el modo de vida está mediado por el estilo de vida y por las condiciones de vida, de tal manera que la salud del sujeto no depende ya exclusivamente de sus decisiones y comportamientos, sino de las posibilidades concretas para poder tener una vida sana, Possas, (1989). En relación con la noción de modo de vida, De Almeida Filho afirma:

“... modo de vida es aquí propuesto como una construcción teórica basal, que no implica meramente las conductas individuales frente a la salud, sino que va más allá, incluyendo las dimensiones socio históricas, englobando la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción, siempre considerando los aspectos simbólicos de la vida cotidiana en la sociedad”, Almeida (2000).

Desde la perspectiva del enfoque socioeconómico, lo mental se define dialécticamente a partir de la estrecha relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural, Rogers (2010); en consecuencia, las condiciones objetivas en las que se encuentra un individuo son causa y no consecuencia de sus modos subjetivos de ser y de pensar, Jervis (1977). Se concibe entonces la salud mental recursivamente relacionada con la noción de capital global dentro de un marco de derechos y desarrollo humano [95]; como un problema de bienestar político y económico dependiente de condiciones más generales de la sociedad, asociados a la condición económica, al ambiente en el que viven las personas y al tipo de recursos disponibles, Rogers (2010).

La concepción de salud mental en el enfoque socioeconómico plantea cinco críticas fundamentales a las concepciones tradicionales de la salud mental: crítica a la normalización, crítica a la medicalización, crítica al

individualismo, crítica al modelo económico capitalista y crítica a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la noción de estilo de vida.

En primer lugar, el enfoque socioeconómico plantea que los criterios de normalidad normativa y normalidad estadística a partir de los cuales se ha definido la salud mental, responden a los intereses hegemónicos de los grupos de poder y operan como mecanismos de control social, Rogers (2010). La concepción socioeconómica de la salud mental intenta develar lo que Fromm ha denominado “la patología de la normalidad”, Fromm (2001), es decir, la reificación de unos modelos ideales soportados por intereses políticos y económicos de las clases dominantes que intentan ajustar a los individuos a formas predeterminadas de comportamiento.

En segundo lugar, se propone una crítica a la medicalización de la salud mental y el interés mercantilista que le subyace (por ejemplo, en el caso de las farmacéuticas). No se trata de una negación per se de la importancia de la intervención médico – psiquiátrica o psicológica, sino de un llamado de atención frente al énfasis excesivo que se presta a la enfermedad mental por encima de la salud mental, a su consideración como objeto del mercado y su utilización como forma de mistificación de los problemas sociales, en tanto tras ella se enmascaran una amplia gama de dificultades de tipo individual o social que, para ser transformadas, deberían ser abordadas de manera directa y no a través de entelequias que las ocultan o deforman.

A pesar de que la psiquiatría ha procurado mostrarse inmune a cualquier sistema de valor y ha negado cualquier compromiso ideológico bajo la pretensión de la objetividad científica, no es posible desligar la lógica de la ciencia de su contexto sociopolítico y económico, Mardones (2001). En este sentido afirma Jervis: La psiquiatría se rige también, fundamentalmente, sobre una delegación: los problemas colectivos de la salud, del bienestar, del equilibrio psíquico son considerados problemas puramente técnicos, además de individuales y privados, y son confiados ciegamente a doctores que sirven sus propios intereses y los intereses del poder, (Jervis (1977)).

La crítica al individualismo desde el modelo socioeconómico, por su parte, devela la tendencia a ocultar los problemas sociales tras la individualización de la enfermedad mental o de los desórdenes del comportamiento. Desde la concepción socioeconómica se plantea que tanto la salud mental como el sufrimiento psicológico y la anormalidad del comportamiento responden no solo al modo de funcionamiento del cerebro sino a las leyes sociales que regulan los comportamientos normales; aunque sean el resultado de molestias y contradicciones de los individuos, los comportamientos considerados anormales, al igual que los normales, no nacen de la naturaleza del propio individuo, sino que son reflejo y consecuencia de contradicciones sociales, Jervis (1977).

En cuarto lugar, el enfoque socioeconómico introduce una crítica al modelo capitalista neoliberal en relación con la salud mental. De acuerdo con

Guinsberg, un funcionamiento social que obedece a un modelo neoliberal incide fuertemente en los modelos de sujeto, subjetividad y salud mental de quienes se forman y/o desarrollan de acuerdo con sus leyes, influencia que da lugar a una subjetividad aferrada a los valores del mercado, Guinsberg (2007); en este mismo sentido, Jervis (1977), afirma que la estructura económica del capitalismo produce las premisas para un modo de vida y una estructura de conciencia unitaria (la falsa conciencia) y alienada que constituyen la infraestructura de la anormalidad, Jervis (1977). Esta relación entre el sistema económico y la salud mental, es uno de los aspectos más originales del enfoque socioeconómico, dado que no solo se limita a plantear dicha relación en términos de acceso a los servicios de salud mental, sino, sobre todo, en términos de los modos de vida”.

Estos, fincados en el concepto de capital global, se articulan directamente con la fundamentación subyacente al modelo, en la cual se propone que la salud como vivencia real de los seres humanos responde a una lógica constitutiva que trasciende la noción de enfermedad, viéndose constituida por una amplia gama de factores que, en su articulación, crean las condiciones que permiten evaluarla de una manera integral y multimodal. Así, en tanto las personas pueden contar con posibilidades saludables de elección en campos como el de la vivienda -viviendas saludables-, la educación -escuelas saludables-, la alimentación, uso adecuado del tiempo libre e incluso la salud -hospitales saludables-, tendrán todas las opciones para elegir modos de vida que condicionaran y determinaran el estado último de su salud. De esta

manera, los modos de vida saludables trascienden el campo de la salud, y determinan el estado de la salud de las personas y los pueblos.

Finalmente, el enfoque socioeconómico critica la centralidad del concepto de estilo de vida como aspecto principal de las intervenciones en salud mental y plantea que la capacidad de las personas para tomar decisiones que les permitan proteger la salud y enfrentar la enfermedad está condicionada por la disponibilidad de recursos sociales y no solo por sus creencias o su voluntad. Por lo tanto, la intervención en salud mental requiere un marco especial que incluya como aspecto central la economía política y las estructuras sociales, teniendo en cuenta las políticas, aspectos económicos y procedimientos del sector salud, Rogers (2001).

Para mejorar la salud mental se requieren políticas y programas de carácter multisectorial, incluyendo educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, además de las actividades específicas del campo de la salud relacionadas con la prevención y promoción, Organización Mundial de Salud (2004).

Al concebir la salud como la prioridad y al reconocer que las causas de la enfermedad trascienden la dimensión biológica, se propone que las estrategias para la promoción de la salud deben ser integrales, multisectoriales y deben estar enfocadas en la determinación social de la salud. La propuesta de Atención Primaria en Salud Integral constituye un referente filosófico y

estratégico importante para lograr tal propósito, en el cual la participación individual y comunitaria es un eje fundamental.

Las acciones en salud mental desde el enfoque socioeconómico requieren una perspectiva integradora que haga posible la intervención de los contextos sociales y los modos de vida de las comunidades, que trascienden el enfoque biomédico centrado en la enfermedad y el enfoque comportamental centrado en los factores de riesgo, Molina (2009).

1.8. Controversia acerca de la salud mental

El concepto de salud mental en el ámbito de la salud pública ha cumplido una función fundamentalmente heurística, es decir, ha permitido que muchas personas se refieran a la salud mental como un tema relevante y pertinente, que debe ser objeto de la acción académica (investigación), de la acción profesional (planes, programas, proyectos) y de la acción política (políticas públicas, leyes, etc.). Sin embargo, hablar de la salud mental en singular es un artificio sincretista, puesto que, en sentido estricto, no existe una categoría homogénea y unificada, con bordes epistemológicos, teóricos y metodológicos bien definidos de lo que podamos llamar salud mental .

Esta polifonía tiene sus raíces en razones de índole conceptual (imprecisión en el significado de los conceptos utilizados para su definición), ideológica (en la justificación de determinados valores y posiciones políticas, religiosas, etc.), antropológica (posiciones rivales en relación con la noción de

hombre que subyace a la definición de salud mental) y/o filosófica (concepciones monistas o dualistas en pugna frente a la relación mente – cuerpo), que dan paso a múltiples versiones de lo que entendemos por salud mental”.

1.9. Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública

A continuación, se presenta una síntesis acerca de las diferentes concepciones de la salud mental desde la perspectiva biomédica, conductual, cognitiva y socioeconómica.

Ámbitos de la salud mental	Concepción biomédica de la salud mental	Concepción conductual de la salud mental	Concepción cognitiva de la salud mental	Concepción socioeconómica de la salud mental
Mente	La noción de mente se define en términos de procesos biológicos.	Se deja de lado la noción de mente y se sustituye por “conducta”.	La mente se entiende en términos de procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan.	La mente se conceptualiza como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia
Salud mental	Ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico. DSM IV TR. CIE-10.	Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo.	Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas.	Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano.
Enfermedad	Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico.	Alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas “maladaptativas” “indeseables” o “inaceptables”.	Formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o afecciones emocionales.	Expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales.
Intervención	Centrada en la atención de los trastornos mentales por parte	Enseñar /entrenar a los sujetos para que desarrollen un repertorio	Corregir formas de pensamiento disfuncionales (creencias	Centrada en los modos de vida y en las

	de los especialistas mediante diferentes formas de tratamiento (farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, etc.).	conductual más adaptativo. Énfasis en la prevención.	irracionales, distorsiones cognitivas, etc.). Énfasis en la prevención.	condiciones de vida. La intervención se desarrolla a través de una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables que favorezcan la elección de condiciones de vida. Es Intersectorial. Énfasis en la promoción de la salud.
--	---	--	---	---

CAPÍTULO II

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

2.1. ESCALA DE AUTOESTIMA

1. FICHA TÉCNICA

- **Nombre de la escala:** Escala de autoestima.
- **Autores:** Rosenberg, M. (1965).
- **Nº de ítems:** 10.
- **Aplicación:** Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de 12 años.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Finalidad:** Evaluación de la autoestima.
- **Tipificación:** Baremación en centiles según el sexo y la edad.
- **Material:** Manual, escala y baremos.

2. LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO ADOLESCENTE

La autoestima puede considerarse como uno de los pilares sobre los que se construye la personalidad, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez (DuBois, Bull, Sherman y Robert, 1998; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004). Es por ello, que la autoestima ha despertado y despierta el interés de los investigadores. Hoy día, es posible apreciar en la literatura científica como es un tema que produce un considerable número de estudios, ya que son muchos los aspectos de la autoestima y muchas las variables con las que se relaciona. Si se tiene en cuenta que la autoestima puede hacer de prisma a través del cual cada individuo se ve a sí mismo y al mundo que le rodea, se considerarán las repercusiones que este concepto tiene en nuestra vida.

“Se pueden hallar en la literatura distintas definiciones sobre la autoestima en función de las consideraciones que sobre el término han realizado los investigadores. Se encuentran autores que la definen en función de su yo ideal (Friedman, 1980, citado por Woolfolk, 1996; Pope, Mc Hale y Craighead, 1996), mientras otros destacan el carácter evaluativo o valorativo de la autoestima” (Acosta, 1998; Musitu y Román, 1983).

El autor de la escala que nos ocupa considera que la autoestima consiste básicamente en una tendencia direccional que oscila entre un nivel alto y un nivel bajo. Si uno se juzga en términos positivos con aceptación y condescendencia, tendrá una autoestima positiva, pero si se autoevalúa y otorga escasa o nula importancia a los propios caracteres, entonces carecerá de unos pilares básicos para la supervivencia psíquica, al faltar el mínimo de seguridad, estima y respeto por sí que es necesario (Rosenberg, 1973). Por lo tanto, a la autoestima se la puede considerar como la valoración que el sujeto realiza de la imagen de sí mismo. Esta es la evaluación basada en la opinión que cada persona tiene acerca de sí misma, realizada en función del conjunto de pensamientos y experiencias de las que se ha ido nutriendo, principalmente durante la infancia y la adolescencia. Dicha valoración contiene inevitablemente ciertos elementos subjetivos que delimitan e influyen en el sentido e intensidad de sus manifestaciones.

La autoestima reside en la base de la construcción de actitudes positivas de un individuo con respecto a sí mismo, sus experiencias y hacia los demás. De ahí la importancia de formar una buena autoestima. A continuación, se resumen una serie de ideas que según diversos autores están sustentando la base del desarrollo de una autoestima positiva.

- “Tener el sentimiento de ser apreciado y querido por lo que realmente se es, independientemente de lo que se tiene, se hace o se deja de hacer” (Acosta, 1998; Gómez, 1992, citado por Saura, 1996).
- “Creerse válido y ser capaz de hacer frente a las demandas presentes y futuras, verse bueno y valioso, que se concreta en confianza y seguridad en sí mismo” (Martínez Muñoz, 1980, citado por Oñate, 1989).

- “El individuo ha de considerarse importante y valorado por todas aquellas personas que son relevantes y queridas para él” (Acosta, 1998).

La construcción, tanto del autoconcepto como de la autoestima, identifica al ser humano y lo hace diferente del resto de las especies. Si la formación del autoconcepto implica la consciencia de la propia existencia, cualidad humana por excelencia; la formación de la autoestima lleva consigo la valoración de esa imagen particular que vamos adquiriendo y formando a lo largo del ciclo vital; es decir, la autoestima tiene índole evolutiva. El hecho que un individuo desarrolle su autoestima a lo largo de la vida implica la dinamicidad de este concepto (Baldwin y Hoffmann, 2002). Es reseñable por tanto que la percepción que se tiene de uno mismo no es estática, ni inamovible, no es algo que esté en nosotros previamente establecido, al igual que otras muchas características que nos definen como individuos únicos. Esa evolución, en la adolescencia, adquiere matices propios de esta etapa estableciéndose para la mayoría de los autores tres periodos identificables en relación a este concepto: adolescencia inicial, media y tardía (Steinberg, 2002). Aunque no ha sido un tema de consenso en las investigaciones, pueden citarse algunas que coinciden en encontrar un descenso durante la adolescencia inicial, que tiende a recuperarse a lo largo de la adolescencia media y tardía (Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004; Rosenberg, 1986; Savin-Williams y Demo, 1984).

Una autoestima positiva facilita a los jóvenes tener un buen ajuste psicológico, lo que a su vez facilita su adaptación social y puede mediar en la prevención de determinadas conductas de riesgo. Por tanto, es posible asumir que la autoestima tiene un efecto positivo en la satisfacción vital (Martínez, Buelga y Cava, 2007).

En el contexto escolar; variables como el ajuste social del alumno/a, clima social percibido por el alumno/a y su grado de victimización, se relacionan con la autoestima del adolescente (Martínez, Buelga y Cava, 2007). Esto implica que una baja autoestima académica puede influir negativamente en el ajuste psicológico del adolescente (Estévez, Musitu y Herrero, 2005). Fenómenos como el acoso escolar o bullying se ven relacionados directa e indirectamente con una baja autoestima.

Personas con niveles altos de ansiedad y baja autoestima, pueden en determinadas situaciones convertirse en posibles agresores (Collell y Escudé, 2006) y a su vez, una de las consecuencias de acosos continuado en las víctimas es la baja autoestima.

Una buena autoestima contribuye a tener un buen ajuste emocional, lo que a su vez facilita una buena adaptación social. Promover la autoestima positiva previene conductas de riesgo y suscita un sentimiento de bienestar. De ahí la importancia de conocer y comprender la autoestima de los adolescentes.

3. DESCRIPCIÓN Y DATOS PSICOMÉTRICOS DE LA ESCALA

Este instrumento se basa en el modelo unidimensional de Guttman, por lo que su función específica es medir la autoestima global. El origen de esta escala fue una investigación llevada a cabo con unos cinco mil adolescentes, con el fin de estudiar la relación entre autoestima y una serie de múltiples variables.

El planteamiento en función del cual se construye esta escala está basado en cuatro criterios: facilidad de administración, economía de tiempo, unidimensionalidad y validez aparente. La aplicación de esta escala puede ser colectiva o individual.

Consta de 10 ítems, de los que cinco son expresados en positivo y cinco en negativo. Su distribución es al azar, con el fin de evitar aquiescencia. Su validación puede encontrarse en Rosenberg (1965) que aporta una fiabilidad de 0.92. Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems (por ejemplo: “En general estoy satisfecho conmigo mismo/a”), que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, obtenido para la escala en nuestra investigación fue de .82

4. NORMAS DE APLICACIÓN

La escala de autoestima puede autoadministrarse y su aplicación podrá ser tanto individual como colectiva. Este instrumento permite responder señalando la

opción con la que cada individuo se identifica teniendo cuatro posibles respuestas 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (De acuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo). Es relevante explicar a los sujetos que no hay respuestas ni buenas ni malas.

Señala en qué medida las siguientes afirmaciones definen tu forma de pensar sobre ti mismo. Rodea con un círculo el número correspondiente a la opción elegida. Recuerda que los cuestionarios son anónimos.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

Nº	ÍTEMS	1	2	3	4
1	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
2	A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada.				
3	Creo tener varias cualidades buenas.				
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a.				
6	A veces me siento realmente inútil.				
7	Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a.				
9	Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso.				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				

2.2. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA

1. FICHA TÉCNICA

- **Nombre de la escala:** Escala de auto-eficacia generalizada (adaptación española).

- **Autores:** Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996).
- **Nº de ítems:** 10.
- **Aplicación:** Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de los 12 años.
- **Duración:** Unos 5 minutos.
- **Finalidad:** Evaluar la percepción de eficacia.
- **Tipificación:** Baremación en centiles según el sexo y la edad
- **Material:** Manual, escala y baremos.

2. LA AUTOEFICACIA Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO ADOLESCENTE

La autoeficacia es el juicio autorreferente por el que el sujeto se considera capaz de ejecutar una tarea determinada en unas circunstancias concretas con el propósito de conseguir algún fin (Garrido, 2000), la autoeficacia es por tanto una capacidad generativa en la que las habilidades cognitivas, sociales, emocionales y conductuales deben ser organizadas y orquestadas eficazmente para servir a propósitos innumerables (Bandura, 1997).

Dada la importancia de este tema en los últimos años se han generado un gran número de investigaciones sobre la autoeficacia y sus relaciones con otras variables tales como la capacidad real, sexo, desarrollo personal y bienestar entre otras.

Algunos trabajos que han estudiado la posible influencia de las creencias implícitas sobre la capacidad asumen que existe una orientación disposicional estable (Ames y Arches, 1998; Dweck, Chiu y Hong, 1995), es decir, las creencias sobre la capacidad que influyen sobre el proceso de codificación de una tarea pueden ser disposiciones relativamente estables, influyendo así en la creación de un abanico de respuestas semejantes ante tareas desafiantes similares a la previamente codificada (Wood y Taberner, 2000).

La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados (Bandura, 1997). Por lo que la autoeficacia también implica un juicio de las propias capacidades; se trata de juzgarse o no capaz de llevar a cabo una tarea con éxito. Así, podemos ver en una persona la capacidad de la autoeficacia cuando, encarando una tarea, se dice a sí mismo: “me siento capaz de realizarla”. Esto implica que con la misma capacidad real si una persona se siente capaz se atreve y, generalmente, obtiene éxitos; y otra persona que se juzga incapaz huye y fracasa. Se ha de establecer por tanto la distinción entre los conceptos de autoeficacia y capacidad real de un sujeto, con la que puede ser confundida. Que una persona sea capaz de realizar correctamente una tarea determinada y el hecho de que se sienta capaz no es lo mismo. Incluso en los casos en los que se ha realizado una tarea no necesariamente tiene que sentirse capaz de volverla a realizar. Se puede pensar que el azar influyó en la ejecución correcta, no atribuyendo la actuación a la capacidad, sino a la suerte.

En la relación del sexo con la variable que nos ocupa se ha encontrado que chicas y chicos difieren en la percepción de autoeficacia en diferentes situaciones. Así, las mujeres tienden a tener menor sentido de autoeficacia en tareas científicas (Hackett y Campbell, 1987), y relacionadas con roles típicamente masculinos (Bandura, 1997).

Creerse capaz de realizar correctamente una tarea hace que la misma esté dentro de su posible elección. En cambio, si ante una determinada tarea un individuo no se siente capaz de afrontar con éxito la misma, huirá de dicha tarea. Por lo que hemos de tener presente que, si no es lo mismo tener capacidad que juzgarse capaces, resulta que nuestras posibilidades y el destino de nuestras vidas están en manos de la autoeficacia y no de la capacidad. Esta elección de tarea supone que el sujeto crea en torno a ella como una especie de campo visual y afectivo expandido, lleno de luz y

posibilidades, en el que coordina e incluso crea las habilidades y las circunstancias que le permitan llevar a cabo su elección (Garrido, 2000).

El sentimiento de capacidad o no ante una tarea, está relacionado con la interpretación que hacemos de los resultados obtenidos ante la misma. La interpretación ante un mismo resultado es diferente para quienes se consideran a sí mismos capaces de afrontarlo con éxito que para aquellos que se consideran incapaces. Por lo que la percepción de autoeficacia influye en la atribución causal de los resultados de la propia conducta. Ante tareas cuyo resultado ha sido satisfactorio, los individuos que se consideran capaces de realizar con éxito la tarea atribuyen los resultados de la misma a su propia capacidad. Las personas que no se consideran capaces de realizar con éxito la tarea atribuyen los resultados de éxito a la suerte. Si se trata de fracaso los que se sienten capaces lo atribuyen al poco esfuerzo, los que se juzgan incapaces a su incapacidad.

La autoeficacia puede marcar diferencias en la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Los sentimientos de autoeficacia bajos están asociados con depresión, ansiedad y desamparo, ello implica que personas con baja autoeficacia albergan además pensamientos pesimistas, no sólo sobre su ejecución, sino también sobre su propio desarrollo personal (Grau, Salanova y Peiró, 2000).

Las consecuencias de que un individuo tenga una buena o mala autoeficacia tienen implicaciones más allá de la adquisición de unas metas. Así, la percepción de bienestar se relaciona estrechamente con las creencias de autoeficacia (Maddux, 2005), ya que las dichas creencias llevan a los logros de los objetivos personales y como consecuencia los individuos pueden llegar a alcanzar su bienestar (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005).

En el marco académico las repercusiones de esta variable son importantes, ya que afectan no sólo al rendimiento académico en particular, sino también a la conducta vocacional (Wood y Taberner, 2000), y al bienestar del alumnado en general.

3. DESCRIPCIÓN Y DATOS PSICOMÉTRICOS DE LA ESCALA

Esta escala sirve para evaluar la autoeficacia de chicos y chicas adolescentes tienen de su propia capacidad. La estimación de la autoeficacia se ha realizado con la adaptación española de la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996), validada en nuestro país por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000). La escala fue elaborada originalmente en alemán por Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer en 1981 (cfr. Jerusalem y Schwarzer, 1992), utilizada y validada en numerosos estudios (Schwarzer, Baessler, Kwiatek, Schröder y Zhang, 1996) y adaptada a varios idiomas, alcanzando una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de entre .79 y .93) y un alto grado de validez en términos de validación convergente y discriminante. El interés de esta escala radica en la obtención de información sobre cómo actúa un adolescente ante una dificultad o problema.

Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems (por ejemplo: “Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga”), que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Incorrecto) y 4 (Cierto). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para la escala fue de .82.

4. NORMAS DE APLICACIÓN

Esta escala puede autoadministrarse pudiéndose aplicar tanto de forma individual como colectiva. Este instrumento permite responder señalando la opción con la que cada individuo se identifica resultando cuatro posibles respuestas 1 (Incorrecto), 2 (Apenas cierto), 3 (Más bien cierto) y 4 (Cierto). Es relevante explicar a los sujetos que no hay respuestas ni buenas ni malas.

Nos gustaría conocer como sueles actuar cuando tienes dificultades o algún problema en general. Para ello, contesta a cada una de las frases que te presentamos, rodeando con un círculo el número que corresponde a la opción con la que mejor te identificas. Recuerda no hay respuestas ni buenas ni malas.

Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1	2	3	4

Nº	ÍTEMS				1	2	3	4
----	-------	--	--	--	---	---	---	---

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

2.3. ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN VITAL

1. FICHA TÉCNICA

- **Nombre de la escala:** Student's life satisfaction scale.
- **Autor:** Huebner, E.S. (1991)
- **Nº de ítems:** 7
- **Aplicación:** Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de los 12 años.
- **Duración:** Unos 10 minutos.
- **Finalidad:** Evaluar la satisfacción vital del adolescente.
- **Tipificación:** Baremación en centiles según el sexo y la edad
- **Material:** Manual, escala y baremos.

2. EL CONCEPTO DE SATISFACCIÓN VITAL Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO ADOLESCENTE

¿Estás satisfecho/a con tu vida? Para contestar a esta pregunta debe valorarse el estado actual en el que nos encontramos y compararlo con el estado ideal que aspiramos alcanzar según los objetivos vitales que se persiguen. La discrepancia entre estado actual e ideal informa sobre la satisfacción vital de la persona (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Es evidente que estar satisfecho con la propia vida incluye satisfacciones parciales (a nivel personal, familiar, social, laboral, etc.) y que puede haber áreas en las que nos sintamos más satisfechos y otras en las que no tanto. Sin embargo, es posible hacer una valoración global e informar a quien nos pregunte sobre lo satisfechos que estamos con nuestra vida en general.

Los estudios sobre bienestar psicológico han utilizado un modelo multidimensional para explicar este estado subjetivo personal. Dicho modelo incluye tres componentes: el afecto positivo, el afecto negativo y la satisfacción vital (Andrews y Withey, 1976; Bradburn, 1969; Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Chamberlain, 1988; Diener, 1984; Huebner, 1991; Huebner y Dew, 1996). Este modelo trifactorial es aplicable a niños/as desde los ocho años hasta la edad adulta. Los factores de afecto positivo y negativo son los componentes afectivos del bienestar psicológico mientras que la satisfacción vital es el componente cognitivo de dicho bienestar, siendo estos componentes distintos tanto desde un punto de vista empírico como conceptual.

El componente emocional o afectivo se relaciona con sentimientos de placer o displacer que experimenta una persona (felicidad), así como con el juicio cognitivo sobre su propia trayectoria evolutiva (satisfacción vital). Los juicios de bienestar serían el resultado de comparar la situación actual en la que está la persona con ciertos estándares, entre los que estaría incluida la condición percibida en la que se encuentran otras personas que nos sirven de referencia, nuestros propios estados en el pasado y nuestros ideales, necesidades o aspiraciones de satisfacción. Cuando nuestro estado presente no llega al nivel de estos estándares, nuestro bienestar tendería a ser bajo, mientras que cuando sobrepasa los estándares, tendería a ser alto.

Las investigaciones en el campo del bienestar psicológico muestran, por un lado, que la satisfacción vital está relacionada o depende de muchas cosas. En este sentido, podemos decir que dicho estado psicológico es el resultado de una combinación entre la percepción que tenemos sobre nosotros mismos y nuestro entorno a niveles micro y macrosociales (Diener, 1994; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; García, 2002; García-Viniegras y González, 2000; Liberalesso, 2002). Si nuestra forma de ser nos gusta y si nuestra vida cotidiana familiar, social y laboral es gratificante, es muy probable que nos sintamos satisfechos con nuestra vida. Por tanto, otras variables psicológicas como la autoestima o los rasgos de personalidad están en la base de la satisfacción vital, así como lo están las relaciones familiares, las relaciones de pareja, la participación social, la satisfacción laboral, el apoyo social, el nivel de ingresos, etc. Sin embargo, ninguna de estas variables por sí sola puede explicar las diferencias que nos encontramos en el bienestar psicológico que perciben las personas.

Algunas investigaciones han verificado que la satisfacción vital no puede ser explicada exclusivamente por variables de tipo socioeconómico, el sexo o la edad (Quiroga y Sánchez López, 1997; Sánchez López y Quiroga, 1995; Schumutte y Ryff, 1997). Las variables de personalidad también se han intentado asociar con la satisfacción vital, intentando los investigadores encontrar relaciones entre rasgos psicológicos como el neuroticismo o la extraversión y los estados emocionales -afecto positivo y negativo- (Costa y McCrae, 1998). No obstante, parece que los resultados de investigación apuntan a que categorías de nivel intermedio como los objetivos vitales o planes personales permiten explicar la satisfacción vital como el resultado de las influencias biológicas, sociales, ambientales y culturales (Little, 1999).

En el grupo de investigaciones que se centran en las relaciones entre satisfacción vital y variables familiares podemos destacar, por ejemplo, el estudio realizado por Oliva, Parra y Arranz (2008) en el que utilizaron la escala elaborada por Huebner (1991), *Students' Life Satisfaction Scale*, para evaluar el ajuste adolescente. En esta investigación se encontraron relaciones significativas entre los estilos parentales y la satisfacción vital de los más de 800 chicos y chicas que componían la

muestra. Tanto el estilo relacional paterno como el materno se relacionaron con las medidas de ajuste adolescente (entre las que estaba la satisfacción vital), siendo en ambos casos los estilos democráticos más eficaces que los estrictos, y estos, a su vez, más eficaces que los indiferentes. Además, aquellos adolescentes que vivían con sus padres/madres y ambos tenían un estilo relacional democrático eran los que puntuaban más alto en satisfacción vital, seguidos por los que tenían un solo padre/madre democrática y, finalmente, por los que no tenían ninguno.

Si comparamos cómo somos y cómo son nuestras relaciones e influencias ambientales con cómo deseamos ser y que fueran esas influencias, la mayor o menor discrepancia entre lo real y lo ideal hará que nos sintamos más o menos satisfechos (Díaz-Morales, 2001; García-Viniegras y González, 2000; Veenhoven, 1994). Además, como señalan Castro y Díaz (2002), los objetivos vitales se relacionan con la satisfacción vital y podemos encontrar diferencias transculturales y entre entornos rurales y urbanos en dicha asociación.

Es importante tener en cuenta, por tanto, que podemos encontrarnos con sujetos que presenten puntuaciones bajas en satisfacción vital pero que informen de un afecto positivo frecuente, lo cual indica que en la evaluación del bienestar psicológico y en su promoción es importante considerar los dominios afectivos y cognitivos por separado si queremos tener una perspectiva más completa.

El instrumento de evaluación de la satisfacción vital que aquí se presenta sirve para obtener una valoración global sobre la satisfacción vital. Se trata de una escala que nos informa sobre la valoración subjetiva que nuestros adolescentes hacen de su propia vida en términos generales, la cual está relacionada con el bienestar psicológico que experimentan. Los sujetos con una alta satisfacción vital suelen mostrar un mayor bienestar psicológico, el cual les permite afrontar los retos vitales con mayor energía y optimismo. Aquellos individuos que puntúen bajo en satisfacción vital pueden experimentar sentimientos de ansiedad y depresión al no verse alcanzados sus objetivos vitales. Es muy probable que ese estado de afecto negativo influya en sus relaciones sociales y en su vida cotidiana, haciendo que las percepciones sobre su

propia vida sean más negativas (Huebner y Dew, 1996). Además, la promoción de la felicidad y el bienestar psicológico parecen objetivos deseables ya que se asocian a la salud física y mental, y se convierten en factores protectores contra la depresión y el suicidio (Koivumaa-Honkanar, Honkanar, Koskenvuo y Kaprio, 2003).

3. DESCRIPCIÓN Y DATOS PSICOMÉTRICOS DE LA ESCALA

Esta escala sirve para evaluar la satisfacción vital de los chicos y chicas adolescentes. Está compuesta por siete ítems que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 7 (Totalmente de acuerdo). No dispone de subescalas, por lo que contempla tan sólo una puntuación global. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta escala fue de .81

4. NORMAS DE APLICACIÓN

Este instrumento es una escala autocumplimentable que puede aplicarse tanto de forma individual como colectiva. El sujeto que completa el cuestionario debe responder indicando su grado de acuerdo con la expresión recogida en cada uno de los ítems en una escala que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo). Es importante explicar a los sujetos que no deben elegir sólo las puntuaciones extremas de 1 y 7.

Nos gustaría conocer tu grado de satisfacción con la vida que has llevado durante las últimas semanas. Para ello, responde a las siguientes frases indicando el número que se corresponde con tu mayor o menor acuerdo con ellas. No dejes ninguna frase sin contestar, y ten en cuenta que no hay respuestas correctas ni falsas. Además, lo que respondas será tratado de forma confidencial.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	------------------------	--------------------	------------------	-----------------	---------------------	-----------------------

			en desacuerdo			
1	2	3	4	5	6	7

Nº	ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7
1	Mi vida va bien.							
2	Mi vida no es demasiado buena.							
3	Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida.							
4	Ojalá tuviera una vida distinta.							
5	Llevo una buena vida.							
6	Tengo lo que quiero en la vida.							
7	Mi vida es mejor que la de la mayoría de la gente de mi edad.							

2.4. ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL OPTIMISMO

1. FICHA TÉCNICA

- **Nombre de la escala:** General Mood Subscale.
- **Autores:** Adaptación española de la subescala General Mood del Emotional Quotient Inventory (EQ-i, YV) de Bar-On, R. y Parker, J.D.A (2000).
- **Nº de ítems:** 8
- **Aplicación:** Se puede aplicar de forma individual o colectiva a niños/as y adolescentes de entre 12 y 17 años.
- **Duración:** Unos 5 minutos.
- **Finalidad:** Evalúa estado de ánimo -optimismo y felicidad- de los niños/as y adolescentes
- **Tipificación:** Baremación en centiles según el sexo y la edad
- **Material:** Manual, escala y baremos.

2. EL ESTADO DE ÁNIMO COMO FACILITADOR DE LAS CONDUCTAS SOCIAL Y EMOCIONALMENTE INTELIGENTES

Los años noventa del pasado siglo fueron el caldo de cultivo idóneo para la aparición de nuevas inteligencias que vinieron a enriquecer la conceptualización de este constructo, algunas de ellas con una base empírica y otras con modelos elegantes, pero no contrastados con resultados de investigación (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Entre estas aportaciones podemos encontrar conceptos como el de inteligencias múltiples de Gardner (Gardner, 1983; Gardner, 1993), el cual incluye dos tipos de inteligencias denominadas intrapersonal e interpersonal que están muy relacionadas con la inteligencia emocional y la inteligencia social respectivamente, el concepto de inteligencia práctica (Sternberg y Grigorenko, 2000), el de inteligencia emocional (Goleman, 1995; Mayer y Salovey, 1997; Payne, 1986; Salovey y Mayer, 1990) o el de optimismo inteligente (Aviá y Vázquez, 1998), entre otros.

Si repasamos la historia de la psicología de las emociones nos daremos cuenta de que las emociones negativas han tenido hasta el momento un protagonismo mucho mayor en las publicaciones científicas que las emociones positivas. La ansiedad y el miedo aventajan con gran diferencia al optimismo o a la alegría en la carrera científica, aunque cualquiera sabe que las segundas no son menos importantes que las primeras. La escala que se presenta en este documento evalúa precisamente optimismo y alegría, aunque, como se verá en el apartado sobre las normas de interpretación de los resultados, las puntuaciones en esta escala pueden indicar altas puntuaciones en ansiedad y depresión.

En el modelo de R. Bar-On sobre la inteligencia socio-emocional (Bar-On, 1988) se destacan una serie de habilidades socio-emocionales que se agrupan en competencias definitorias de la inteligencia socio-emocional. Además, su modelo incluye otro grupo de variables que se denominan facilitadores, aspectos que no componen la inteligencia socio-emocional pero que son muy importantes para que aparezcan conductas social y emocionalmente inteligentes. El optimismo y la felicidad

son dos de estos facilitadores de la conducta socio-emocionalmente inteligente, junto con la autoactualización, la independencia y la responsabilidad social.

El estado de ánimo, humor general o automotivación se refiere al grado de optimismo y felicidad que describe a una persona. Ser optimista y feliz facilita la aparición de conductas social y emocionalmente inteligentes. Esta automotivación personal hace que seamos capaces de disfrutar de nosotros mismos, de las otras personas y de la vida, e influye en nuestra visión general de la vida y en nuestra satisfacción vital.

Las personas optimistas y felices suelen ser alegres y positivas, confían en que las cosas salgan bien, están motivados y saben cómo disfrutar de la vida. Esas características personales no solo favorecen sus interacciones cotidianas con los demás, sino que también facilitan el manejo de las propias emociones y la resolución de problemas personales o de relación.

El optimismo es la habilidad para mantener una actitud positiva y esperanzada hacia la vida incluso en situaciones adversas. Al contrario del pesimista y depresivo, la persona optimista afronta la vida con motivación y ganas para actuar ante los sucesos que ocurren cada día.

Definir la felicidad no es tarea fácil, pero se podría decir que tiene que ver con sentirse contento con uno mismo, con los demás y con la vida en general. Estar alegres y satisfechos con la propia vida, disfrutar de los demás y divertirse son características comunes a las personas felices. Estas características tienen como consecuencia que el sujeto se sienta bien y cómodo tanto en su trabajo como en su tiempo de ocio, disfrutando de las oportunidades que le ofrece la vida con entusiasmo y alegría. Si no se puede experimentar la felicidad o no se genera afecto positivo, es probable que esa persona se sienta insatisfecha y presente tendencias de tipo ansioso y/o depresivo.

Desde el punto de vista del individuo, ser social y emocionalmente inteligente consiste en expresar y comprender las propias emociones, comprender a los demás y tener buenas relaciones con ellos y manejar con éxito las demandas de la vida cotidiana, los retos y las presiones a los que nos vemos sometidos. Para ser capaz de hacer todo eso, es preciso contar con una serie de habilidades personales que nos permitan comprender nuestras fortalezas y debilidades, así como ser capaces de expresar nuestras ideas y sentimientos de una forma adecuada.

Desde el punto de vista social, las relaciones interpersonales también se fundamentan en la inteligencia socio-emocional. Para ser social y emocionalmente inteligente hace falta tener habilidades como la de ser consciente de las emociones de las otras personas, de sus sentimientos y necesidades, y ser capaz de establecer y mantener relaciones constructivas y satisfactorias. Finalmente, también es preciso ser capaz de manejar el contexto personal y social cuando surjan problemas buscando soluciones adecuadas basadas en decisiones en las que percibimos, comprendemos y regulamos las emociones presentes en dichas situaciones desde un punto de vista optimista y positivo.

Sin duda, las conductas social y emocionalmente inteligentes aparecerán con mayor probabilidad si el estado de ánimo de la persona facilita que surjan. De manera que sin ser componentes de la inteligencia socio-emocional, el optimismo y la felicidad son dos aspectos fundamentales para comprender y explicar el comportamiento humano en muchas situaciones personales y sociales cotidianas.

A continuación, se describe la escala que permite evaluar el estado de ánimo, quinto metafactor del modelo de Bar-On sobre la inteligencia socio-emocional.

3. DESCRIPCIÓN Y DATOS PSICOMÉTRICOS DE LA ESCALA

La escala que se presenta forma parte del Emotional Quotient Inventory Youth Version (EQ-i: YV), uno de los tres instrumentos que Reuven Bar-On ha desarrollado para evaluar su modelo sobre la inteligencia socio-emocional (Bar-On, 1997a; Bar-

On, 1997b; Bar-On, 2004; Bar-On, 2006). Este autor entiende la inteligencia socio-emocional como un cruce entre competencias sociales y emocionales, habilidades y facilitadores que influyen en el comportamiento inteligente (Bar-On, 2000).

El EQ-i: YV es un instrumento que mide el comportamiento emocional y socialmente inteligente de niños y adolescentes de entre 7 y 18 años. Está compuesto por 60 ítems que han de ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Nunca) y 5 (Siempre) y cuenta con las sub-escalas de Adaptabilidad, Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del Estrés, Humor General, Impresión Positiva e Indicador de Inconsistencia en las Respuestas -las dos últimas subescalas están incluidas para detectar sujetos que quieren dar una impresión positiva exagerando sus respuestas y a los que responden al azar (Bar-On, 2004).

En este documento se muestra una de las subescalas del instrumento, la de Humor General. En concreto, esta subescala mide el optimismo y la felicidad o alegría del sujeto evaluado, es decir, su capacidad para mantener una actitud positiva ante la vida y para ver su lado positivo, así como la capacidad para sentirse satisfecho de uno mismo y de los demás.

En su versión original, la subescala de Humor General consta de 14 ítems (BarOn y Parker, 2000) que nuestro equipo de investigación ha reducido tras realizar diversos análisis estadísticos que han permitido adaptar la subescala a nuestros objetivos. Tras llevar a cabo un análisis de fiabilidad del instrumento mediante el alpha de Cronbach, estudios sobre normalidad y análisis factoriales exploratorios, se ha depurado la subescala eliminando aquellos ítems hasta quedarnos con 8 de los 14 originales.

Teniendo en cuenta que la validez de constructo es el tipo de validez más importante -y que incluye a los otros tipos de validez-, se eligió el análisis factorial exploratorio para llevar a cabo la depuración de la escala. Nuestro objetivo fue comprobar el grado en que la escala de toma de decisiones se ajustaba a la variable

que se pretendía evaluar. El procedimiento estadístico concreto que se empleó fue el método de factorización de ejes principales con rotación oblimin directo.

4. NORMAS DE APLICACIÓN

Este instrumento es una escala autocumplimentable que puede aplicarse tanto de forma individual como colectiva. El sujeto que completa el cuestionario debe responder indicando la puntuación que mejor lo define en cada ítem siguiendo una escala que va de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Es importante explicar a los sujetos que no deben elegir solo las puntuaciones extremas de 1 y 5.

Lee cada una de las siguientes frases y selecciona UNA de las 5 respuestas, la que sea más apropiada para ti. Selecciona el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que elegiste y márcala. Si alguna de las frases no tiene nada que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías en esa situación.

Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

Nº	ÍTEMS	1	2	3	4	5
1	Soy feliz.					
2	Me siento seguro de mí mismo.					
3	Pienso que la mayoría de las cosas que hago saldrá bien.					
4	En general espero lo mejor.					
5	Sé que las cosas saldrán bien.					
6	Sé cómo pasar un buen momento.					
7	Me siento bien conmigo mismo.					
8	Soy feliz con el tipo de persona que soy.					

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se ha identificado las concepciones o ámbitos de la salud mental: biomédica, conductual, cognitiva y socioeconómica.

SEGUNDA.- Los ámbitos o concepciones de la salud mental son: biomédica (Ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico. DSM IV TR. CIE-10.); conductual (Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo); cognitiva (Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas) y socioeconómica (Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano).

TERCERA.- Los principales instrumentos para la evaluación de la salud médica de los adolescentes son: Escala de autoestima; escala de autoeficacia generalizada; escala para la evaluación de la satisfacción vital; escala para la evaluación del optimismo, etc.

REFERENCIAS CITADAS

- Acosta, O. (2004). Salud mental y psicología. *Informes psicológicos*, 6, 57-63.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo -EU-OSHA- (2014).
Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks.
Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ayuso, J.L. (1999). Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural*. 107-109
- Almeida N. La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
- Bäckström, I (2009). On the Relationship between Sustainable Health and Quality Management: Leadership and organizational behaviours from Swedish organizations. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy Östersund 2009
- Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ*. 2001; 322(7291): 937-937.
- Beers CW. A mind that found itself. New York: Doubleday, Draw & Co, 1937.
- Beck J. Terapia cognitiva. Barcelona: Gedisa; 2000.
- Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill M. Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prev Sci*. 2001; 2(1): 1-13.
- Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *Int J Emerg Ment Health*. 2002; 4(1): 41-48.

Cameron, K. S., y Freeman, S. J. (1991). Cultural Congruence, Strength, and Type: Relationships to Effectiveness. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 23-58

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la comisión sobre determinantes sociales de la salud (Borrador) [Internet]. Ginebra: oms; 2005 [acceso 12 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/ARCHIVO%20Y%20BIBLIOTECA/OTRO_DOCUMENTO/10.pdf

Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29(5): 449-458.

Chappell y Di Martino (2006) *Violence at Work*. Third edition. Geneva, International Labour Office, p. 63

Cropanzano, R. y Wright, T.A. (1999). A 5-year study of change in the relationship between wellbeing and performance. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51, 252-265

Durant RH, Barkin S, Krowchuk DP. Evaluation of a peaceful conflict resolution and violence prevention curriculum for sixthgrade students. *J Adolesc Health.* 2001; 28(5): 386-393.

- ENWHP (2005). Healthy employees in healthy organisations: for sustainable social and economic development in Europe. Essen, European Network for Workplace Health Promotion, 2005:10
- Erez, A., and Isen, A.M. (2002) The influence of positive affect on the components of expectancy motivation. *Journal of Applied Psychology*, 87, 1055-1067
- Fisher, C.D. (2010) Happiness at work. *International journal of management reviews*, 12 (4), 384-412.
- Furr CD, Lalongo NS, Anthony JC, Petras H, Kellam SG. Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 73(2): 149-158.
- Frenk J, Sepulveda J, Gomez-Dantes O et al. The future of world health: the new world order and international health. *BMJ* 1997; 314:1404-7.
- Flórez L. La psicología de la salud en Colombia. *Univ. Psychol.* 2006; 5(3): 681-693.
- Fromm E, Funk R, Fuente E. *La patología de la normalidad*. Barcelona: Paidós; 2001.
- Jaffe PG, Sudermann M, Reitzel D, Killip SM. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence Vict.* 1992; 7(2): 129-146.
- Gamero, C. (2010). Análisis económico de los determinantes del estrés laboral en España. *Estadística española*, 52 (175), 393-417
- García, A. y Ovejero A. (2000). *Feedback Laboral y Satisfacción*. Universidad de Oviedo.
- Guinsberg E. ¿De qué “salud mental” estamos hablando? *Administración y organizaciones*. 2008; 20(10): 9-19.

- Gómez RD. La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2002; 20(1): 101-116.
- Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR. Long-term follow-up effects of a school-based drug abuse prevention program on adolescent risky driving. *Prev Sci*. 2004; 5(3): 207-212.
- Guinsberg E. La salud mental en el neoliberalismo. México D.F: Plaza y Janés; 2001.
- Guze SB. Biological psychiatry: is there any other kind? *Psychological medicine*. 1989; 19(2): 315-323.
- Guinsberg E. Salud mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En: Jarillo E, Guinsberg E. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2007.
- Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301(21): 2215- 2224.
- Harris, M. (2016). *The Business Case for Employee Health and Wellness Programs*. SIOP WHITE PAPERS
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268–279
- Horánszky N. Hungary. In: Howells JG (ed). *World history of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 1975:281-307.

- Hurst LH, Lucas MB. South Africa. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:600-23.
- International Committee on Mental Hygiene. International Congress on Mental Health. London/New York: Lewis/Columbia University Press, 1948.
- Jervis G. Manual crítico de psiquiatría. Barcelona: Anagrama; 1977.
- Lam CW, Shek DTL, Ng HY, Yeung KC, Lam DOB. An innovation in drug prevention programs for adolescents: the Hong Kong Astro project. *Int J Adolesc Med Health*. 2005; 17(4): 343-353.
- Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: El Ministerio; 2005.
- Miyazaki Y, Yamaguchi A, Kondo A, Igarashi M, Yottsuiji N, Takahashia I. [Relapse prevention program for drug addicts in center for mental health and welfare]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2010; 45(2): 119-127.
- Mora G. Italy. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:39-89.
- McCarty CA, Violette HD, McCauley E. Feasibility of the positive thoughts and actions prevention program for middle schoolers at risk for depression. *Depress Res Treat*. 2011; 2011: 241-386.
- Ministerio de la Protección Social. Salud Mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de los derechos. Bogotá: El Ministerio; 2007.
- Mardones JM. Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica. Barcelona: Anthropos; 2001.
- Molina C. Política nacional del campo de la salud mental: espacio de gestión y sostenibilidad política de una propuesta de salud mental para el país. En:

Arrivillaga M. Salud mental: problema y reto de la salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.

Organization Mondiale de la Santé. L'enseignement de la psychiatrie et de l'hygiène mentale. Genève: Organization Mondiale de la Santé, 1962.

Organización Mundial de la Salud. Enseñanza de la Psiquiatría y de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1963.

Organización Mundial de Salud. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica, informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.

Oblitas LA. Psicología de la salud y calidad de vida. 2º ed. México D.F: Thomson; 2006.

Orpinas P, Kelder S, Frankowski R, Murray N, Zhang Q, McAlister A. Outcome evaluation of a multi-component violence-prevention program for middle schools: the Students for Peace project. Health Educ Res. 2000; 15(1): 45-58.

Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia internacional sobre atención primaria en salud [Internet]. Washington: ops; 1978 [acceso 11 de Noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata_declaracion.htm

Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud (2010). Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS: Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Oswald, A., Proto, E., y SgROI, D.(2014). Happiness and Productivity. *Journal of Labor Economics*, 33 (4), 789- 822. <https://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/economics/staff/eproto/workingpapers/happinessproductivity.pdf>
- Palinkas LA, Atkins CJ, Miller C, Ferreira D. Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents. *Prev Med*. 1996; 25(6): 692-701.
- Pélicier Y. *Histoire de la psychiatrie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1971.
- Preston, J. (2003). *Terapia breve integradora: Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Pérez JF. Acerca del concepto de salud mental. En: Ruíz A. *El silencio de los síntomas: la salud mental*. Medellín: NEL Medellín; 2010.
- Possas C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Pedrosa M, Sola RG. La moderna psicocirugía: un nuevo enfoque de la neurocirugía en la enfermedad psiquiátrica. *Rev Neurol*. 2003; 36(9): 887-897.
- Paschall MJ, Flewelling RL. Measuring intermediate outcomes of violence prevention programs targeting African-American male youth: an exploratory assessment of the psychometric properties of six psychosocial measures. *Health Educ Res*. 1997; 12(1): 117- 128.

- Peiró, J.M., y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 68-82
- Randstad (2016) Employer Branding: Cuando la percepción puede convertirse en realidad
- Rogers A, Pilgrim D. A sociology of the mental health and illness. 4o ed. United Kingdom: McGraw Hill; 2010.
- Rodríguez J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995.
- Schneck JM. United States of America. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:432-75.
- Skinner B. Sobre el conductismo. Barcelona: Planeta-Agostini; 1994.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2002). Teorías de la personalidad. (7a. ed). México: Thomson Editores.
- Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997; 314:1409-10.
- Skara S, Rohrbach LA, Sun P, Sussman S. An evaluation of the fidelity of implementation of a school-based drug abuse prevention program: project toward no drug abuse (TND). *J Drug Educ.* 2005; 35(4): 305-329.
- Stice E, Rohde P, Gau JM, Wade E. Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(6): 856-867.
- Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(2): 273-280.

- Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(4): 595-606.
- Torres Y, Montoya ID. II Estudio de Salud mental y sustancias psicoactivas. Bogotá: El Ministerio; 1997.
- Torres Y, Osorio J, López L, Mejía R. Salud Mental del Adolescente. Medellín - 2006. Medellín: Artes y Letras; 2007.
- Toro J. El análisis del comportamiento: una introducción general. *Rev. Logop. Fonoaud.* 1985; 5(3): 132-137.
- The multisite violence prevention project: impact of a universal school-based violence prevention program on social-cognitive outcomes. *Prev Sci.* 2008; 9(4): 231-244.
- Yepes FJ. La salud en Colombia: Hallazgos y recomendaciones. Bogotá: El Ministerio, Departamento Nacional de Planeación; 1990.
- Valdecillo Gámez, M^aR. (2012) Los costes de la salud mental en el trabajo: prevenirlos es un presupuesto, no un lastre, para la retoma del crecimiento económico sostenible. Observatorio Vasco de Acoso Moral. La salud mental de las y los trabajadores (pág. 92).
- Vallejo J, Baca E, Leal C. Modelos conceptuales en la psiquiatría actual. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2008. p. 46-61.
- Watson JB. Conductismo. Buenos Aires: Paidós; 1976.

- Watson JB. La psicología tal como la ve el conductista. En: Gondra JM. La psicología moderna: Textos básicos para su génesis y desarrollo. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1982.
- Watson JB. Behavior and the concept of mental disease. *Journal of philosophy*. 1916; 13(22): 589-597.
- Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(3): 362-374.
- Wright, T., Cropanzano, R., and Bonet, D. (2007). The moderating role of employee well being on the relationship between job satisfaction and job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (2), 93–104
- World Health Organization. Annual Report of the Director-General to the World Health Organization and to the United Nations. Geneva: World Health Organization, 1951.
- World Health Organization. Teaching of psychiatry and mental health. Geneva: World Health Organization, 1961.
- World Health Organization. Basic documents, 39th ed. Geneva: World Health Organization, 1994.
- World Health Organization. Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Geneva: World Health Organization, 1996.
- World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Waddell, G. y Burton, A.K. Is work good for your health and well-being? Department of Work and Pensions, UK. 2006. London: TSO

Wong, J. H. K., y Kelloway, E. K. (2016). What happens at work stays at work? Workplace supervisory social interactions and blood pressure outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21, 133–141.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0039900>

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

https://www.google.com/search?q=LA+SALUD+EMNTAL+EN+PDF&rlz=1C1CHZL_esPE681PE681&oq=LA+SALUD+EMNTAL+EN+PDF&aqs=chrome..69i57j0l5.6495j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8562/1/RestrepoDiego_2012_ConcepcionesSaludMental.pdf

<https://www.redalyc.org/html/213/21311917006/>

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33813117/Origenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1548067332&Signature=Es%2FyK0qmWFXmIpperTUyAmab4pk%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOrigenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf

<http://www.cop.es/infocop/pdf/2897.pdf>

https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2483/1/Oliva_DesarrolloPositivo_Instrumentos.pdf

La salud mental: Instrumentos para su evaluación

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%	21%	4%	13%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	es.scribd.com Fuente de Internet	5%
2	issuu.com Fuente de Internet	4%
3	www.scielo.org.co Fuente de Internet	3%
4	www.aen.es Fuente de Internet	2%
5	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	tauja.ujaen.es Fuente de Internet	1%
7	www.contener.org Fuente de Internet	1%
8	www.cop.es Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Nacional de	1%

Educación a Distancia

Trabajo del estudiante

10	www.infocop.es Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	www.formajoven.org Fuente de Internet	<1%
13	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1%
14	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1%
15	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD, UNAD Trabajo del estudiante	<1%
16	rcientificas.uninorte.edu.co Fuente de Internet	<1%
17	www.psyse.org Fuente de Internet	<1%
18	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	<1%
19	accedacris.ulpgc.es Fuente de Internet	<1%
20	Submitted to USAC	

	Trabajo del estudiante	<1%
21	Submitted to Universidad de Granada Trabajo del estudiante	<1%
22	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo