

**CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA
EVALUAR
LA SALUD MENTAL POSITIVA**

Tesis doctoral presentada por:

M^a Teresa Lluch Canut

Septiembre 1999

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología
Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Programa de Doctorado: Evaluación en Ciencias del Comportamiento:
Metodología y Aplicaciones
(Bienio 1989-1991)

**CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR
LA SALUD MENTAL POSITIVA**

Tesis doctoral presentada por:
M^a Teresa Lluch Canut

Dirigida por:

Dra. Juana Gómez Benito y Dra. M^a Dolores Peris Pascual

Barcelona, Septiembre 1999

A mis padres: Serni y Enriqueta por
estar conmigo y ser como son.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este trabajo, he podido comprobar que escribir es una tarea difícil y cuando se trata de expresar sentimientos, se convierte en un arte casi reservado a los poetas.

Son muchas las personas a las que tengo cosas que agradecer pero hacer un listado de nombres, me resulta paradójicamente impersonal. Después de pensar en muchas palabras recorro a la más tópica: gracias. Gracias a todas las personas que me han ayudado a lo largo de este trabajo.

Espero que en persona seré capaz de expresar todo el contenido que hay detrás de mi palabra gracias.

Tere

Introducción	1
---------------------------	---

PARTE TEORICA

Capítulo 1: Salud Mental	9
---------------------------------------	---

1.1 Orígenes y evolución del término salud mental.....	12
--	----

1.2 Definición de salud mental.....	16
-------------------------------------	----

1.2.1 Dificultades para su definición	16
---	----

1.2.2 Diferentes intentos de definir la salud mental.....	19
---	----

1.2.2.1 La salud mental desde una perspectiva positiva/negativa	20
---	----

1.2.2.2 La salud mental desde una perspectiva de normalidad	21
---	----

1.2.2.3 La salud mental desde una perspectiva de múltiples criterios	25
--	----

1.3 La epidemiología en salud mental	29
--	----

1.3.1 Definición y características	29
--	----

1.3.2 Dificultades de la epidemiología en salud mental.....	31
---	----

1.3.3 Algunos resultados aportados por la epidemiología a la salud mental.....	33
--	----

Capítulo 2: Salud mental positiva	45
--	----

2.1 Introducción al modelo de salud mental positiva de Jahoda	48
---	----

2.2 Criterios de salud mental positiva.....	52
---	----

2.2.1 Criterio nº 1: Actitudes hacía sí mismo	53
---	----

2.2.2 Criterio nº 2: Crecimiento y autoactualización	55
--	----

2.2.3 Criterio nº 3: Integración	57
--	----

2.2.4 Criterio nº 4: Autonomía	58
--------------------------------------	----

2.2.5 Criterio nº 5: Percepción de la realidad	60
--	----

2.2.6 Criterio nº 6: Dominio del entorno.....	62
---	----

2.3 Conceptos afines a la salud mental positiva.....	66
--	----

2.3.1 Felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida.....	66
--	----

2.3.2 Prevención y promoción de la salud mental	75
---	----

Capítulo 3: Evaluación de la salud mental	83
3.1 Los sistemas clasificatorios en salud mental.....	86
3.1.1 Tipos de clasificaciones.....	87
3.1.2 Sistemas clasificatorios actuales: CIE-10 y DSM-IV	89
3.1.3 Críticas a los sistemas clasificatorios actuales y perspectivas futuras.....	95
3.2 Escalas para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos específicos.....	97
3.3 Escalas para la evaluación de la salud.....	101
3.3.1 Escalas para evaluar la capacidad funcional.....	103
3.3.2 Escalas para evaluar la salud general.....	105
3.3.3 Escalas generales para evaluar la calidad de vida.....	106
3.3.4 Escalas para evaluar la calidad de vida en problemas de salud crónicos....	106
3.3.5 Escalas para evaluar el bienestar psicológico.....	109
3.3.6 Escalas para evaluar el estado de animo.....	109
3.3.7 Escalas para evaluar la interacción y el ajuste social.....	110
3.3.8 Escalas para evaluar las actitudes hacia si mismo y el crecimiento personal.....	113
3.4 Descripción detallada de escalas que guardan relación con la salud mental positiva.....	114
3.4.1 Descripción de escalas que evalúan la salud general.....	115
3.4.2 Descripción de escalas que evalúan la calidad de vida	117
3.4.3 Descripción de escalas que evalúan el bienestar psicológico.....	119
3.4.4 Descripción de escalas que evalúan estados emocionales	121
3.4.5 Descripción de escalas que evalúan la interacción y el ajuste social.....	125
3.4.6 Descripción de escalas que evalúan las actitudes hacia si mismo y el crecimiento personal.....	125

PARTE EMPIRICA

Planteamiento del problema y objetivos de la investigación	131
---	-----

Capítulo 4: Primer estudio – Construcción y análisis psicométrico del Cuestionario de Salud Mental Positiva según el modelo de 16 factores específicos.	141
--	-----

4.1 Método.....	144
4.1.1 Sujetos.....	144
4.1.2 Material y procedimiento.....	146

4.2 Resultados	157
4.2.1 Análisis de ítems.....	157
4.2.2 Fiabilidad	161
4.2.3 Validez.....	164
4.3 Conclusiones	171
Capítulo 5: Segundo estudio – Construcción y análisis psicométrico del Cuestionario de Salud Mental Positiva según el modelo hipotético de factores generales.....	179
5.1 Método.....	182
5.1.1 Sujetos.....	182
5.1.2 Material y procedimiento.....	185
5.2 Resultados.....	194
5.2.1 Análisis de ítems.....	194
5.2.2 Fiabilidad	195
5.2.3 Validez.....	198
5.3 Conclusiones	207
Capítulo 6: Tercer estudio – Análisis psicométrico del Cuestionario “definitivo” de Salud Mental Positiva	215
6.1 Método.....	218
6.1.1 Sujetos.....	218
6.1.2 Material y procedimiento.....	218
6.2 Resultados.....	222
6.2.1 Análisis de ítems.....	222
6.2.2 Fiabilidad	224
6.2.3 Validez.....	226
6.3 Conclusiones	234
Capítulo 7: Discusión	235
Referencias bibliográficas	261
Anexos	
Anexo I : Primer Cuestionario.....	303
Anexo II : Segundo Cuestionario.....	313
Anexo III: Cuestionario “definitivo”.....	319

INTRODUCCION

Los orígenes de mi interés por la vertiente positiva de la salud se remontan a la época en que trabajaba como enfermera en un centro hospitalario. El contacto con muchos pacientes y sus formas de manejar el dolor, el sufrimiento y, en ocasiones, la muerte empezó a estimular mis reflexiones sobre la importancia de la actitud y el estilo de afrontamiento en la salud y en la enfermedad. Aprendí mucho de las grandes lecciones que me transmitieron algunos pacientes y, poco a poco, se fue gestando la motivación por entender los aspectos psicológicos positivos que intervienen en la forma que cada persona tiene de estar y de afrontar la vida.

Posteriormente, empecé a trabajar como profesora en la Unidad de Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, impartiendo clases en la asignatura: “Enfermería Psicosocial y Salud Mental”. Mi labor docente me ha concienciado de la necesidad de ir más allá de la transmisión de los conocimientos técnicos o académicos y de la importancia de intentar inculcar a los alumnos salud mental positiva; tanto para su crecimiento personal como para que ellos puedan potenciarla en sus pacientes. Por tanto, mi interés por la vertiente positiva de la salud se fraguó definitivamente y durante los años 1991-1994, con otras dos compañeras de la Unidad, llevamos a cabo una primera investigación sobre: indicadores positivos de salud mental en la población infantil, subvencionada por la Universidad de Barcelona.

Esto nos llevó a visitar personalmente a la Dra. Jahoda en 1992; quien quedó gratamente complacida de que hubiera personas interesadas por reanudar un trabajo que ella había dejado “archivado” en 1958, tras publicar la monografía *Current concepts of positive mental health*. En nuestra investigación realizamos un intento de operativizar dos de los criterios de Jahoda (1958) en la población infantil, a partir de los indicadores de las etapas de desarrollo psicosocial descritas por Erickson (Miguel, Lluch y Sabater, 1994).

La perspectiva positiva de la salud está en la mente de todos. Los principios en los que se basa la Organización Mundial de la Salud, cuando plantea el eslogan “salud para todos en el año 2000” son: a) incrementar la cantidad de años de vida, b) vivir más años con una mejor calidad de vida, c) reducir las disparidades de salud entre las sociedades y las clases sociales y d) que todas las personas tengan servicios preventivos de salud disponibles, accesibles y adecuados. En este sentido, la filosofía que regula los servicios de salud es eminente positiva y los centros sanitarios reciban el nombre de “Centros de Salud Mental”. Sin embargo, en realidad trabajan con personas que padecen trastornos mentales. Esto se comprende solamente si tenemos presente que el objetivo final de toda intervención es la recuperación y el mantenimiento de la salud. Es decir, que el paciente tenga el mayor grado de bienestar posible dentro del estado en el que se encuentre. Pero no debemos olvidar que la psicología, por el momento, está centrada fundamentalmente en la enfermedad y ha invertido pocos esfuerzos para potenciar la salud mental de la población sana.

De todas formas, la psicología forma parte de la sociedad y en la sociedad la salud mental positiva no es precisamente un valor en alza. Los medios de comunicación reflejan la conflictividad mundial: los problemas en Timor, el terrorismo, la violencia doméstica, el racismo, la corrupción, la delincuencia, etc. Estas noticias están tan inmersas en nuestra cotidianidad que, desafortunadamente, incluso han perdido la capacidad de sorprendernos. Sin embargo, también es cierto que las noticias positivas venden menos y que no suelen ser objeto de portada; la salud mental positiva existe pero su prevalencia es mucho menor de lo que sería deseable. En definitiva, pensamos que uno de los retos fundamentales de la psicología del siglo XXI es ampliar su campo de acción y estudiar los mecanismos que promueven la salud con el fin de potenciar los recursos de la población sana; éste es el principio implícito que orienta nuestra investigación.

Quizás resulta un tanto extraño que, a las puertas del año 2000, decidamos trabajar con un modelo elaborado en 1958. Sin embargo, es el único modelo de salud mental positiva que existe y, a pesar de su longevidad, continua siendo un marco de referencia esencial para los autores que trabajan en la prevención y promoción de la salud mental.

Para elaborar este trabajo nos hemos basado, en la medida de lo posible, en autores de nuestro país. Pensamos que en estos momentos la psicología en España tiene un nivel, al menos en cuanto a la reflexión teórica y, en algunos casos, también en la práctica, equiparable al de otros países que hasta hace poco nos han servido de modelo. Por tanto, aprovechamos la ocasión para reivindicar las múltiples aportaciones realizadas por los especialistas españoles que trabajan en el campo de la salud mental.

La parte teórica está organizada en tres capítulos. En el primero describimos los orígenes y la evolución del término salud mental, reflexionamos sobre las dificultades para definirlo y aportamos algunos datos epidemiológicos. En el capítulo dos desarrollamos el modelo de salud mental positiva formulado por Jahoda (1958) y comentamos algunos conceptos afines como: felicidad, optimismo, calidad de vida, prevención o promoción. Finalmente, en el tercer capítulo, presentamos un resumen de los sistemas clasificatorios y un breviario de los cuestionarios más utilizados para evaluar la salud mental.

En la parte empírica hacemos una introducción en la que planteamos el problema y los objetivos de la investigación. Posteriormente, escribimos tres capítulos que contienen el método y los resultados de cada uno de los tres estudios realizados. Los estudios están secuenciados de forma encadenada y tienen como objetivo común: elaborar y validar un instrumento para evaluar el constructo salud mental positiva.

El primer estudio está basado en la versión completa del modelo propuesto por Jahoda (1958): 6 criterios o factores generales y 16 dimensiones o factores específicos. Los resultados sugieren la necesidad de adoptar una estructura más reducida que genera un segundo estudio: 6 factores generales y sin factores específicos. Los datos obtenidos conducen al tercer estudio que pretende explorar los resultados empíricos del segundo y perfila un modelo de salud mental positiva diferente al propuesto por Jahoda (1958).

Este trabajo se ha realizado con estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona y se han utilizado dos muestras diferentes; una para el primer estudio y otra para el segundo y el tercero.

En el último estudio, al referirnos al cuestionario que hemos elaborado, se utiliza el término “cuestionario definitivo”. Sin embargo, el concepto de salud mental positiva es complejo y, además, la creación y validación de instrumentos de evaluación psicológica es una tarea lenta y laboriosa. Por tanto, el “cuestionario definitivo” es en realidad un cuestionario inicial que requiere mayor investigación.

PARTE TEORICA

CAPITULO 1: SALUD MENTAL

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva bio-psico-social. La filosofía que “apadrina” su nacimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción.

Las organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental y las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, recogen la “ideología” positiva de: “prevención y promoción para todos en el año 2000”. Sin embargo, la realidad práctica, en el campo de la salud mental, se ajusta más a: “tratamiento, rehabilitación y algo de prevención, en los países occidentales, para todos en el año 2000”.

El primer problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental. Por otra parte, el objeto de estudio: la psicología del ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices. Esta intrincada miscelánea ha generado múltiples intentos de definición de la salud mental pero, por el momento, las divergencias superan a los acuerdos.

En este primer capítulo se comentan los orígenes recientes del término salud mental y los cambios legislativos que genera su consolidación. En este sentido, explicamos los objetivos de la reforma psiquiátrica, las aportaciones que, por el momento, ha generado en el campo asistencial y los retos que todavía debe afrontar. A continuación, se describen los diferentes intentos de definir el concepto de salud mental y se agrupan en tres grandes perspectivas: positiva/negativa, normalidad y múltiples criterios. Finalmente, se plantean los objetivos de la epidemiología en el campo de la salud mental, las dificultades específicas que conlleva el propio ámbito de estudio y algunas de las principales líneas de investigación como: los estudios dirigidos a planificar los servicios asistenciales y a la identificación de factores de riesgo.

1.1 ORIGENES Y EVOLUCION DEL TERMINO SALUD MENTAL

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental.

El término profilaxis mental acaba diluyéndose y se consolida el de higiene mental que surge en EE.UU. con la publicación que C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental) hace en 1908. Este explica sus propias experiencias en la asistencia psiquiátrica y, sobre todo, y lo que es más importante, sobre posibles soluciones, estableciendo así la base para un nuevo enfoque de la enfermedad mental: el de la prevención. En Nueva York, se crea, auspiciado por Adolfo Meyer, psiquiatra de gran prestigio, el primer Comité de Higiene Mental. Progresivamente fueron creándose diferentes Comités en distintas ciudades americanas y finalmente en 1917 se funda la Junta Nacional de Higiene Mental.

En 1922 se celebró un Congreso Internacional en París, que despertó el interés de muchos países y generó un movimiento de Ligas de Higiene Mental y de encuentros científicos. La Liga Española de Higiene Mental se fundó en 1927 en Madrid y, entre otras actividades importantes, consiguió que en 1932 se creara la Sección de Higiene

Mental en el Departamento de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. De ello se derivó un avance sustancial del movimiento de higiene mental que fue la creación de los Dispensarios Higiene Mental, donde se empezó a aplicar la intervención de tipo ambulatorio.

Este movimiento fue configurando una tendencia progresista hacía la comprensión de la salud mental desde una perspectiva que enfatizaba la prevención. Esta tendencia se fue ampliando progresivamente y catalizó un nuevo movimiento, que pretendía ir más allá de la simple prevención, centrando su objetivo en la promoción y el fomento de la salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial.

Los avances científicos, unidos a un cambio de actitud social, fueron definiendo un nuevo enfoque de la salud mental, basado en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta concepción empiezan a surgir los principios de prevención y rehabilitación, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante (Abella, 1963, 1981a; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Linares, 1981; Rigol, 1991).

En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los EE.UU., en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos. (Linares, 1981)

En España, la concepción comunitaria se instauró con el decreto del 24 de octubre de 1983, que derogó el antiguo decreto de 1931, y con la aparición, en abril de 1985, del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). En este informe se elaboraron las recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma psiquiátrica, haciendo énfasis en la psiquiatría

comunitaria y en la creación de servicios de agudos en los hospitales generales. También se estableció un calendario para la progresiva supresión de los viejos manicomios (Gracia-Guillen, 1990). Estas recomendaciones quedaron reconocidas en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, capítulo III, artículo veinte.

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica (ver, García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998). Es evidente que se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma. Sin embargo, no se han desplegado todos los recursos necesarios y -aunque la salud mental ha sido un capítulo económico "bien tratado" en los diferentes presupuestos sanitarios- todavía quedan asignaturas pendientes por resolver. Proyectar el cierre de las instituciones "manicomiales" implica crear recursos alternativos que suponen una gran inversión socioeconómica. Por ello, algunas autonomías han preferido aplicar la Reforma Psiquiátrica bajo un modelo mixto, o cuando menos, con prudencia y manteniendo algunas instituciones hospitalarias abiertas. Una alternativa interesante ha sido la reconversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades de servicios de salud mental, aprovechando así unos espacios ya existentes y adaptándolos a los nuevos requerimientos.

Pichot (1997) señala que en los últimos años se ha reducido considerablemente la duración media de la hospitalización de los enfermos mentales, tanto por los avances en los tratamientos farmacológicos como por los recursos comunitarios alternativos. Sin embargo, ha aparecido un fenómeno nuevo, denominado "puerta giratoria". Es decir, los enfermos tienen una estancia hospitalaria menor pero sufren un mayor número de ingresos. En un estudio reciente, sobre hospitalizaciones repetidas, realizado en los países nórdicos, encontraron que en el periodo de un año el 33% de una muestra de 2.454 pacientes, tratados a nivel comunitario, tuvieron que ser ingresados en el hospital al menos una vez y de éstos, el 23% ingresaron en repetidas ocasiones (entre 2 y 7 veces) (Saarento, Christiansen, Göstas, Hakko, Lönnerberg, Muus, Sandlund, Öiesvold, y Hansson, 1999).

Sin embargo, la incidencia de la Reforma Psiquiátrica en las vertientes positivas de la salud mental, prevención y promoción, es bastante más precaria. Actualmente se está trabajando para intentar implementar la prevención en diversas poblaciones de riesgo. En este sentido, las políticas de salud mental que se derivan de los objetivos generales del *Pla de Salut de Catalunya* (Generalitat de Catalunya, 1994), reconocen la necesidad y efectividad de invertir en prevención y, en las líneas centrales de actuación, se recomienda definir y elaborar programas preventivos para determinados grupos de problemas o de personas en riesgo. Sin embargo, queda mucho por recorrer y, en bastantes casos, los proyectos todavía no son una realidad. Asimismo, Fernández-Ríos y Buéla-Casal (1997) señalan la conveniencia de diseñar programas de prevención focalizados en las consecuencias de adoptar conductas de salud, en lugar de centrarse en los riesgos asociados que conllevan los comportamientos patológicos.

El aspecto que, por el momento, es más un deseo que una realidad es la promoción y el fomento de la salud mental en la población sana. Por ejemplo, en la presentación del *Pla de Salut de Catalunya*, para el trienio 1996-1998 (Generalitat de Catalunya, 1997) el Conseller de Sanitat i Seguretat Social, Sr. Eduard Rius i Pey, menciona explícitamente que es un plan basado en un concepto de salud positivo. En este sentido, uno de los tres objetivos generales es favorecer el mantenimiento y el desarrollo óptimo de la salud mental de la población. Sin embargo, posteriormente no se vuelve a encontrar ninguna mención (ni conceptual ni operativa) a la promoción de la salud mental en población sana.

En la revisión del *Pla de Salut de Catalunya* que se presentó para el trienio 1996-1998 (Generalitat de Catalunya, 1997) existen algunos programas que, aunque son de carácter preventivo, se aplican en población sana (mujeres embarazadas, niños y adolescentes). Pero, en todos los casos, el objetivo es prevenir y la promoción de la salud mental queda, por tanto, como un capítulo pendiente de resolver.

En definitiva, la Reforma Psiquiátrica ha propiciado un importante avance en el tratamiento y la rehabilitación de las personas que sufren trastornos mentales y ha iniciado el camino de la prevención primaria. Sin embargo, la promoción de la salud

mental en la población sana, al menos desde la sanidad pública, permanece todavía en la dimensión filosófica y no se ha traducido en programas de intervención concretos.

1.2 DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

1.2.1 Dificultades para su definición

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto. A continuación, se comentan algunos de los principales problemas.

La salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene una definición directa. Desde esta óptica, para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas pero genera otros de nuevos; para intentar definir la salud mental se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción", que son, igualmente, abstractos o difíciles de operativizar. Además, el constructo salud mental tiene múltiples componentes pero, ¿cuáles son esos componentes? y ¿cuántos hay?

¿Salud o salud mental? Este interrogante refleja la idea de si debe existir una concepción única de la salud o bien hay que diferenciar entre salud física y salud mental. Muchos autores (Font, 1983; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Tizón, 1996; Ugalde y Lluch, 1991; Vázquez, 1990) defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada.

Tizón (1996) señala algunas razones que desaconsejan la dicotomía entre salud física y salud mental: cuando hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Muchos problemas psicológicos se manifiestan, con frecuencia, a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia, etc.). Además, los estados emocionales y afectivos conllevan reacciones fisiológicas que

pueden generar problemas psicosomáticos. Desde esta perspectiva, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general (Ugalde y Lluch, 1991).

Sin embargo, también existen detractores de esta postura. Por ejemplo, Sánchez (1991) piensa que sería mucho más estratégico tratar la salud mental como una entidad independiente. Esto permitiría trabajar de forma más diferenciada y específica y reducir la preponderancia del modelo médico sobre el psicológico.

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental y generalmente se definen como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo esta perspectiva, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental. Sin embargo, la mayoría de personas se sitúan entre ambos polos; espacio en el que existen múltiples combinaciones de carácter cualitativo y cuantitativo (más o menos salud o más o menos enfermedad). Mesa (1986) enfatiza la idea del continuum entre conducta normal y anormal:

"las principales diferencias entre las reacciones normales al estrés y las conductas anormales, residen en que estas últimas son más persistentes, menos adecuadas en relación con las experiencias conocidas recientes de las personas, menos controladas, más severas y más incapacitantes para el propio individuo" (Mesa, 1986, pág. 69)

El hecho de que no existan unos límites establecidos entre salud y enfermedad mental es, según Rojo (1997), comprensible si se tienen en cuenta las lagunas e incógnitas que todavía quedan por resolver para tener una comprensión clara del trastorno mental y de la normalidad/anormalidad conductual. Pero, aunque no se puedan establecer límites, hay comportamientos que están más próximos al lado negativo o de anormalidad y otros están más cercanos al de la salud (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Costa, 1994; Mesa, 1986; Ruiz, 1982; Tizón, 1996).

Sin embargo, dentro de la psiquiatría clásica, predomina la idea de diferenciar entre salud y enfermedad mental. Es decir, se aplican los criterios de la medicina general y se considera que las verdaderas enfermedades mentales son las que tienen una base

fundamentalmente biológica y requieren tratamientos farmacológicos. El resto de problemas mentales tienen una etiología más psicosocial, precisan, en general, tratamientos psicológicos y pueden entenderse como variaciones del modo de ser psíquico (Vallejo, 1998; Vallejo-Nagera, 1981).

Por otra parte, autores como Font (1983), conciben la salud-enfermedad mental como dos entidades con carácter propio y señalan que la salud es un concepto global mientras que la enfermedad es un concepto parcial y, por tanto, puede existir la salud a pesar de la enfermedad. Es más:

"si la salud es buena, las enfermedades serán más fácilmente vencidas" (Font, 1983, pág. 94).

A pesar de las diferentes perspectivas que se acaban de señalar, el término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir "reciclándose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal (Seva, 1983; Ugalde y Lluch, 1991). En este sentido, algunos autores como Jahoda (1958) y Tizón (1996), describen la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador.

Otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal o patológico. Es evidente que este problema es menor cuando se habla de trastornos mentales severos o con una mayor base orgánica, pero se agudiza cuando se intentan establecer los

límites de los trastornos psíquicos que tienen una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992)

La relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad es un tema muy debatido por los diversos autores que trabajan en el ámbito de la salud mental. Ciertas escuelas sociológicas, algunas orientaciones dinámicas y un buen número de tendencias antipsiquiátricas fusionan el individuo y la sociedad de forma que no se diferencia cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social. Sin embargo, la mayoría de autores piensan que es necesario diferenciar entre enfermedad individual y enfermedad o alienación social ya que la naturaleza de ambos no es la misma (Vallejo, 1998).

Belloch, Sandin y Ramos (1995) reconocen la influencia sociocultural en los conceptos de normalidad y patología, pero señalan que dar un énfasis excesivo al contexto va en detrimento de la consideración individual y de la capacidad de autodeterminación de la persona. Page (1982) comenta que el concepto de sociedad enferma es más periodístico que científico y que no existen pruebas concluyentes de que la incidencia total de psicopatología varíe significativamente de una sociedad a otra. Sin embargo, como indica Seva (1983), el medio cultural puede generar sufrimientos psíquicos a partir de determinadas circunstancias sociales. Barcia (1997) enfatiza que las connotaciones sociales de la enfermedad van más allá del concepto teórico del término que tiene cada cultura y quedan reflejadas, por ejemplo, en el rol de enfermo, en los derechos y deberes del enfermo o en las responsabilidades del Estado para organizar la sanidad.

1.2.2 Diferentes intentos de definir la salud mental

Las diferentes dificultades comentadas nos llevan a plantearnos la siguiente pregunta: ¿podemos definir la salud mental?

En estos momentos parece prácticamente imposible encontrar una definición universal y totalmente aceptada del término. Sin embargo, la bibliografía ofrece múltiples intentos de concretar el concepto, que proceden de diferentes ámbitos de trabajo y estudio

(psiquiatría, psicología, enfermería, sociología, antropología, economía, etc.). Hemos agrupado los múltiples enfoques en tres grandes perspectivas que reflejan las diversas concepciones de la salud mental:

- La Salud Mental desde una perspectiva Positiva/negativa
- La Salud Mental desde una perspectiva de Normalidad
- La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios

Cabe señalar que ninguna de estas perspectivas tiene "la exclusiva". Como indica Abella (1981b) todas las concepciones tienen su parte de razón y es necesario recurrir a definiciones aproximativas y pluralistas que, en muchos casos, pueden ser complementarias.

1.2.2.1 La Salud Mental desde una perspectiva positiva/negativa

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es: "salud igual a ausencia de enfermedad" y su objetivo fundamental es la curación.

Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental.

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad" y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se definió la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) cuando señaló que "la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía". De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes".

La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997a; Martí Tusquets y Murcia Grau, 1987).

1.2.2.2 La salud mental desde una perspectiva de normalidad

La definición del término salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. Las principales concepciones de normalidad son:

- a) Normalidad como promedio
- b) Normalidad clínica
- c) Normalidad utópica
- d) Normalidad como proceso
- e) Normalidad jurídico-legal

a) Normalidad como promedio.

Esta concepción engloba fundamentalmente dos criterios, íntimamente relacionados: el criterio estadístico y el criterio sociocultural.

El **criterio estadístico** presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente; la salud mental es aquella forma de ser, estar y sentir de la mayoría de las personas. La normalidad como promedio implica la existencia de unas normas o estándares que la mayoría acepta y, por tanto, son las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) las que definen la salud/enfermedad (Mesa, 1986; Ramshorn, 1983; Rigol y Garriga, 1991; Seva, 1983; Scharfetter, 1977; Vallejo, 1998) I.

El **criterio sociocultural** implica que lo normal viene determinado por las pautas sociales; el comportamiento sano es el que se ajuste a los cánones establecidos en el contexto sociocultural y depende, por tanto, del momento y del lugar. Es lo que Vallejo (1998) denomina "normalidad adaptativa" y, en este sentido, como señala Schafetter (1977) en la página 32: "sano equivale a socialmente adaptado y enfermo a

socialmente inadaptado". Una definición quizás más operativa de la normalidad adaptativa es la que propone Costa (1994) quién la considera como el resultado de un proceso exitoso entre las demandas ambientales y los recursos personales. En la misma línea, Belloch, Sandin y Ramos (1995) enfatizan la importancia de adaptarse al rol social que se nos adscribe. Sin embargo, todos estos autores están de acuerdo en que el significado de adaptación no siempre está claro y, además, alertan de los errores que podrían cometerse al presuponer que adaptación equivale a salud mental.

Ambos criterios tienen un papel importante en la consideración /valoración de la salud mental. Evidentemente, el comportamiento de la mayoría es un referente que no podemos obviar y, como señala Vallejo (1998) es difícil interpretar los síntomas clínicos sin conocer la sociedad donde estos aparecen. Sin embargo, estos criterios conllevan un cierto riesgo si se utilizan como criterios definitorios exclusivos, ya que ni todo lo normal es sano ni todo lo anormal es patológico.

b) Normalidad clínica

La salud se define como la ausencia de sintomatología clínica. Esta concepción se corresponde con la perspectiva negativa y se basa en el modelo médico tradicional. La mayoría de autores (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Font, 1983; Mesa, 1986; Tizón, 1996; Vallejo, 1998) critican este tipo de definiciones por dos razones básicas: a) omiten algunos trastornos que cursan sin sintomatología aparente y b) invalidan o, al menos, dificultan la posibilidad de prestar servicios de tipo preventivo o profiláctico.

Algunos autores citan el concepto de *normalidad subjetiva*: valoración que el propio sujeto hace de su estado de salud, prescindiendo de la opinión de los demás, incluidos los expertos (Mesa, 1986; Vallejo, 1998). Es evidente que este criterio tiene importantes limitaciones en el campo de la salud mental, puesto que algunos trastornos (p.e. psicosis o demencias) se caracterizan, precisamente, por la falta de conciencia de trastorno. Sin embargo, la percepción subjetiva es un dato importante para evaluar el estado de salud. Como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995) muchas veces es el propio paciente quien detecta el problema y la información que aporta sobre sí mismo es una fuente de datos necesaria e imprescindible.

c) Normalidad utópica

Esta concepción de la normalidad está fundamentada, según algunos autores como por ejemplo Vallejo (1998), en el modelo psicodinámico. Considera la salud como un estado de equilibrio armónico entre las diferentes instancias del aparato psíquico y enfatiza el manejo adecuado de los procesos inconscientes. Es utópica por cuanto tiende a algo difícilmente alcanzable pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta meramente observable.

Otros autores, como por ejemplo Sánchez (1991), indican que está basada en las corrientes psicológicas humanistas y la vinculan a los conceptos de potencial de crecimiento (Rogers), actualización (Maslow), o personalidad madura (Allport), como metas del desarrollo personal.

Costa (1994) la define como una tendencia hacia una situación deseable u óptima y Sánchez (1991) en la página 93 considera que es "ideal como tal, pero perseguible como objetivo". Seva (1983) piensa que es una forma de integrar la salud dentro del movimiento general de perfeccionamiento que persigue la humanidad a través de los siglos. Sin embargo, comenta que esta perspectiva puede implicar el peligro de "hipocondrización de la sociedad en una búsqueda angustiosa de la salud" (Seva, 1983, pag.24).

Este criterio incluye también el concepto de *normalidad funcional* que, según Costa (1994), "considera normal a totes aquelles persones que están raonablement lliures de dolor injustificat, malestar o dificultats personals" (Costa, 1994, pag. 44).

En realidad, la normalidad utópica está reflejada en la propia definición de salud de la OMS y tiene una estrecha relación con el concepto de salud mental positiva de Jahoda (1958).

d) Normalidad como proceso

Es una perspectiva basada en la capacidad de adaptación de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo. La normalidad (o salud) se

entiende como el resultado positivo de un proceso continuo de interacción persona-entorno, en el que se valora el estado actual pero contemplando todo el proceso evolutivo. Es decir, el ser humano está siempre en un proceso de desarrollo continuo, cuyo objetivo va orientado hacia la autorrealización y, por tanto, para evaluar la salud es necesario considerar no solo el momento actual sino también los acontecimientos y cambios que se han ido produciendo a lo largo de su vida (Ramshorn, 1983; Rigol y Garriga, 1991; Vallejo-Nagera, 1981).

Mesa (1986) indica que las experiencias significativas de cualquier etapa de la vida pueden modificar o alterar el funcionamiento de la persona (tanto en sentido positivo como negativo) y refleja, muy acertadamente, la filosofía de este acercamiento a la definición de la salud mental:

"El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo, siempre sensible a las influencias pasadas, actuales y futuras. En cualquier momento, durante la adolescencia y la edad adulta, las experiencias significativas pueden modificar, incluso alterar drásticamente la organización y buen funcionamiento de la personalidad, para bien o para mal. Cabe afirmar, por tanto, que nadie está destinado a convertirse en un paciente mental por su herencia o por sus experiencias infantiles: Por el contrario, una buena dotación genética o una niñez favorables pueden incrementar la resistencia de una persona a las influencias adversas en las últimas etapas de la vida, pero no garantizan la inmunidad contra un trastorno de la conducta" (Mesa, 1986, pág. 67)

e) Normalidad jurídico-legal

El criterio forense valora la conducta en función del nivel de imputabilidad del acto y de su responsabilidad jurídica (Mesa, 1986; Schafetter, 1977; Vallejo, 1998). El objetivo fundamental es el de determinar:

- cuando una persona será considerada mentalmente incompetente
- cuando una persona es o no responsable de sus actos (por ejemplo ante casos de criminalidad)
- cuando una persona puede o debe ser hospitalizada debido a un trastorno mental

Según Tizón (1996), la perspectiva jurídica es la más fácil de objetivar y estudiar ya que todas las sociedades tienen establecidos unos criterios jurídico-legales sobre el trastorno mental y sus consecuencias ante la ley.

1.2.2.3 La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios

El objetivo central de esta perspectiva es el de intentar definir la salud mental a partir de múltiples criterios operativos y, a ser posible, para grupos de poblaciones concretas en contextos definidos. Tal y como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995) en la página 54, "no hay ningún criterio que, por si mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica". En este sentido, los sistemas clasificatorios que se utilizan en la clínica habitual podrían considerarse definiciones de múltiples criterios.

Según Vallejo-Nagera (1981), el abordaje de la salud mental a partir de múltiples criterios surge ante el fracaso para localizar una definición "universal" o "teóricamente irreprochable" de normalidad psíquica. Sin embargo, las definiciones multicriteriales resultan menos operativas y concretas de lo que sus presupuestos teóricos pretenden. Es decir, continuamos encontrando términos abstractos y difíciles de operativizar y medir, como por ejemplo, adaptación, autonomía, independencia o relaciones satisfactorias. Asimismo, la mayoría de criterios son "universales" y no están planteados para poblaciones concretas ni contextos definidos

Por otra parte, es posible que, en un sentido estricto, no haya ninguna persona completamente sana, pues quien más quien menos, puede presentar déficits en algún indicador. Por ello, el hecho de no cumplir todos los criterios no significa que no haya salud mental.

En definitiva, la filosofía implícita en la perspectiva de múltiples criterios resulta, a priori, posiblemente el mejor acercamiento a la definición de la salud mental. Sin embargo, el principal problema es que no hay un acuerdo unánime sobre cuales son los criterios que describen a la persona sana y, por tanto, siguen existiendo diferentes definiciones y concepciones de salud mental. La mayoría de ellas hacen referencia a aspectos subjetivos, adaptativos y/o funcionales. A continuación, se presentan algunas definiciones planteadas desde esta perspectiva.

<p>Organización Mundial de la Salud (1951, citado en Organización Mundial de la Salud, 1961, pág. 15)</p>	<p>La salud mental “implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, ... Implica, además que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades”.</p>
<p>Martí Tusquets y Murcia Grau (1987, pág. 173)</p>	<p>"un proceso en el que el individuo pueda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes. - conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo. - identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad. - solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo. - adaptación flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta."
<p>Belloch e Ibañez, E. (1992) (citado en Belloch, Sandin y Ramos, 1995, pág. 55)</p>	<p>Señalan que para diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona hay que considerar parámetros tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomía funcional. - Percepción correcta de la realidad. - Adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno. - Relaciones interpersonales adecuadas. - Percepción de autoeficacia. - Buen autoconcepto. - Estrategias adecuadas para afrontar el estrés. - etc.

<p>Font (1983, pág. 98)</p>	<p>"La Salud es aquella manera de vivir que se da cuando la persona va alcanzando la propia realización -un "buen ser" individual y social- mediante un proceso dinámico que parte de unas capacidades genéticas en constante interacción con el medio.</p> <p>Contamos como elementos de este "buen ser":</p> <ul style="list-style-type: none"> - La reacción ante las dificultades y los cambios del medio interno o externo, ya sea en orden a adaptarse a él, ya sea en orden a transformarlo. - Un progresivo proceso de desarrollo: crecimiento madurativo que conduce al hombre a la capacidad de compenetrarse con otros y de establecer con ellos buenas relaciones (de buena estima). - Capacidad de creatividad: nuevas formas constructivas de pensar o de vivir en cualquier dimensión humana. - Autonomía de realización propia; capacidad del hombre de poder establecer por si mismo la propia norma a seguir; es decir de "normalizar" o mejor aun "tipificar" las informaciones que él recibe, conservando la propia función asimilativa y normativa dentro de las fluctuaciones del ambiente. - Identidad o unidad mental, de manera que la persona pueda hacerse cargo de todo el proceso vital y de la propia vida y de la propia muerte (situación final de la limitación de la propia vida, anticipada en cada enfermedad) o pérdida de posibilidades. - Relaciones interpersonales que sean integradoras no solo para el propio yo, sino para la sociedad donde se vive. - Gozar de las satisfacciones que comporta la búsqueda de los objetos que se ha propuesto. <p>Además, para alcanzar "un buen ser" se precisa que la misma sociedad presente unas estructuras y sistemas de valores que permitan fomentar la salud. Y en cuanto al entorno, que sea viable ecológicamente".</p>
<p>Handlarz, M.C. (1989, pág.398)</p>	<p>Propone definir la salud como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la adaptación al amor - la adaptación al trabajo - el poder defenderse de las agresiones externas e internas - poseer un núcleo de pertenencia, status y un rol en la sociedad conseguidos por medios lícitos - que el trabajo que realice sea de acuerdo a su aptitud y vocación <p>En resumen, capacidad de funcionamiento.</p>

<p>Costa (1994, pág.43-44)</p>	<p>Indica que los trazos definitorios de una conducta normal son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una calidad del funcionamiento social y de las relaciones interpersonales satisfactoria, por la cual el sujeto esté integrado eficazmente al grupo social, participe en las finalidades colectivas y reciba el soporte y la aprobación de los otros. La posibilidad de integración afectiva y de establecer intercambios positivos es fundamental. - El sujeto ha de poder utilizar con eficacia sus funciones psicológicas, las cuales han de estar integradas armónicamente entre ellas. - La actuación del individuo ha de estar bajo el control voluntario, se ha de poder modificar libremente y poseer autonomía personal para poder decidir, en todo momento, lo que hace falta hacer. Esta pérdida o reducción de la libertad es, para muchos autores, el aspecto crucial de la enfermedad psíquica. El enfermo se tiene que comportar de una manera determinada, a veces incluso en contra de los propósitos conscientes de el mismo. - No hay conducta normal que no sea valorada positivamente por parte de la sociedad. Aunque, con algunas excepciones, no se puede pretender la unanimidad total. - Es importante, aunque tampoco decisiva, la valoración positiva por parte del individuo mismo."
<p>Mesa, (1986, pág.82)</p>	<p>Señala que "la conducta normal podría caracterizarse por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un funcionamiento psicológico eficaz (competencia en la autoevaluación, en la percepción de la realidad, en el aprendizaje y en satisfacer las necesidades de la vida. - Un funcionamiento social apropiado (comunicación coherente y demostración de confianza hacia los demás, conducta responsable, capacidad para la propia atención y adecuación para con las costumbres y valores de la cultura). - Autocontrol e integración de la personalidad. - El efecto del funcionamiento normal y anormal sobre el individuo y la sociedad añade otros dos criterios diferenciales. <p>La conducta normal es: personalmente satisfactoria y socialmente aceptable.</p> <p>Mientras que la conducta anormal es una fuente de incomodidad y estrés para el individuo, su familia y relaciones, siendo además socialmente reprobable.</p> <p>Por tanto , para determinar la normalidad/anormalidad de una conducta hay que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la adecuación de la conducta. - Determinar el grado de deterioro en el funcionamiento. - Evaluar el efecto o las consecuencias de la conducta sobre el individuo y su sociedad.

Ruiz (1982, pág.431)	La "normalidad" supone: <ul style="list-style-type: none">- Ausencia de una patología, reconocible como alguna de las estructuras clínicas que se incluyen en la nosología actual.- Existencia de una organización madura de la personalidad.- Adaptación adecuada de la persona a los distintos conflictos y momentos evolutivos de su vida.
----------------------	---

El problema de encontrar una definición válida de salud mental se refleja y se amplifica cuando entramos en los diferentes modelos que sirven de brújula para la intervención psicológica. Las principales orientaciones (psicodinámica, fenomenológica, cognitivo-conductual y sistémica) tienen posiciones muy diferentes, y muchas veces contradictorias, sobre los mecanismos psicológicos del ser humano y sobre el abordaje de los trastornos mentales. En este sentido, como indican García-Grau, Bados y Saldaña (1998):

“Los principios teóricos que confieren identidad y regulan la práctica clínica de los modelos psicodinámico y fenomenológico tienen poco aval empírico. Los únicos enfoques comportamentales que han “comprobado” sus premisas demuestran que la teoría es válida en las condiciones artificiales del laboratorio. Pero, por desgracia, no permiten explicar el origen, el mantenimiento y las sutilezas de los problemas clínicos, ni tan siquiera en el caso de las fobias simples” (García-Grau, Bados y Saldaña, 1998, pág.).

1.3 LA EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL

1.3.1 Definición y características

La mayoría de autores consultados (Bernardo, 1998; Chorot, Perez-Llantada y Sandín, 1995; Muñoz, 1980; Seva, 1982 y 1983; Seva y Fernández, 1992) adoptan o, al menos, hacen referencia a la definición de Lilienfeld y Lilienfeld (1980) según la cual, la epidemiología es la disciplina encargada de estudiar los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en diversas poblaciones.

Posteriormente, y en la medida en que la epidemiología se afianza, autores como Galvez (1993) y Ahlboom y Norell (1987, citado en Bernardo, 1998) amplían la definición añadiendo como objetivo la investigación de los factores implicados en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

La epidemiología originariamente se centró en el estudio de las enfermedades transmisibles de tipo epidémico (cólera, tifus, etc.). Luego amplió su campo de estudio, interesándose por los aspectos somáticos y psíquicos de las enfermedades (Häfner y Weyerer, 1994). En la última etapa avanza de forma paralela al movimiento de salud comunitaria y aporta los datos necesarios para estructurar y planificar los diferentes servicios asistenciales.

Dada la complejidad que supone estudiar poblaciones generales, la epidemiología trabaja con diseños de investigación de doble fase. En la primera aplica un procedimiento de *screening* para seleccionar, de entre la población, los probables sanos y los probables enfermos (Baca, 1992; del Rey Calero, 1980). Generalmente se emplean entrevistas estructuradas y cuestionarios de fácil pasación; el instrumento más utilizado es el Cuestionario de Salud General de Goldberg (Baca, 1992; Goldberg, 1972; Goldberg y Huxley, 1990; Goldberg y Williams, 1996; Vázquez-Barquero, 1993). En la segunda fase de la investigación se trabaja con el grupo de probables enfermos, intentando establecer un diagnóstico clínico-nosológico y utilizando instrumentos más precisos para identificar las tasas de morbilidad de la población.

Algunos autores sugieren que el tiempo juega un papel significativo en los diseños de doble fase. Vázquez-Barquero (1993) en la página 27 indica que: "un alto porcentaje de la psicopatología presente en la población general es de naturaleza transitoria". Este autor, para apoyar su afirmación, cita el proyecto Camberwell en el que se comprobó que el 49% de los casos identificados como psicopatológicos en la primera entrevista psiquiátrica dejaban de serlo un mes más tarde. Sin embargo, Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert (1990) encontraron que un periodo interfase de 6 meses no modificó los datos de prevalencia. Los autores partían de una concepción del trastorno mental "ligado a una estructura emocional y, por lo tanto, con una estabilidad y una escasa variabilidad sintomática en el tiempo" (Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert, 1990, pag. 128). Estos datos nos pueden llevar a reflexionar sobre algunas de las dificultades propias de la epidemiología.

En definitiva, según algunos autores (Bernardo, 1998), Del Rey Calero (1980) y Häfner y Weyerer (1994), la investigación epidemiológica en materia de salud mental, puede ser de gran utilidad para:

- Generar nuevos conocimientos sobre etiología y patogénesis, identificando los factores de riesgo y los factores causales de los trastornos psíquicos.
- Desarrollar métodos de prevención, tratamiento o rehabilitación y evaluar su eficacia y sus riesgos.
- Mejorar la práctica clínica y la planificación asistencial, evaluando la eficacia y el coste de los sistemas de atención sanitaria.

1.3.2 Dificultades de la epidemiología en salud mental

En primer lugar, la epidemiología en el campo de la salud mental tiene que afrontar las dificultades que conlleva la multicausalidad de la mayoría de los trastornos. Como señalan González de Rivera, Rodríguez y Sierra (1993) en el prefacio: "el concepto de causalidad multifactorial ha sido plenamente asumido por el pensamiento epidemiológico". Sin embargo, los métodos tradicionales de análisis deben sustituirse por técnicas más complejas de recogida y análisis de la información. Además, la multicausalidad dificulta la predicción, complica la generalización de los resultados y requiere de un equipo interdisciplinario y, por tanto, de un plus de recursos humanos y materiales (Baca, 1992).

En segundo lugar, tropieza con los múltiples problemas que supone definir un "caso" (o trastorno). No existe una definición única del concepto salud mental. Las diversas disciplinas (biología, psicología, sociología, etc.) abordan el concepto de "caso" desde distintas perspectivas. Los diferentes modelos psicológicos de intervención tienen concepciones a veces divergentes de los trastornos y, por tanto, según la orientación que se adopte, la prevalencia aumenta o disminuye (Bulbena, 1992). Asimismo, el nivel de atención (primaria, secundaria o terciaria), desde el cual se establece el criterio de "caso", puede incidir en los resultados (Herrera, Antonell y Spagnolo, 1988; Muñoz, 1980). El servicio asistencial que atiende al paciente (centro de salud mental o centro de salud general) tiene profesionales con diferentes niveles de entrenamiento para

detectar los casos clínicos. Finalmente, las características de los “casos” varían notablemente entre el ámbito asistencial (que trabaja con pacientes “reales”) y el ámbito de la investigación (que trabaja con casos “puros”).

Para resolver algunas de estas dificultades, Herrera, Antonell y Spagnolo (1988) proponen diferenciar entre el concepto epidemiológico, y más amplio, de caso y un concepto más reducido que denominan "caso psiquiátrico necesitado de atención". Para éste último establecen una serie de características, de marcada influencia bio-médica, que lo delimitan como, por ejemplo, que esté catalogado dentro de algún sistema nosológico. Para la prevención, indican que deben considerarse "las situaciones, personales o sociales, estables o transitorias, que se encuentren sometidas a factores de riesgo" (Herrera, Antonell y Spagnolo, 1988, pag. 140). En realidad, como indica Baca (1992), si se utilizan las taxonomías oficiales la definición de caso se simplifica.

Una tercera dificultad está relacionada con la utilización de los sistemas nosológicos que permiten acotar y delimitar los casos a estudiar. Las clasificaciones de los trastornos mentales tienen diversas limitaciones. Por ejemplo, existen diferentes taxonomías que, además, se revisan con frecuencia y, por tanto, los criterios diagnósticos se modifican periódicamente. Esto dificulta la comparación entre los estudios y la generalización de los resultados. Sin embargo, los avances en las clasificaciones han permitido mejorar el nivel de la investigación epidemiológica y, a su vez, las nuevas taxonomías evolucionan, al menos en parte, gracias a los hallazgos epidemiológicos.

Una cuarta dificultad hace referencia a la necesidad de disponer de instrumentos adecuados para identificar (valorar) los casos. Algunos autores, como Bernardo (1998) o Vázquez (1990), indican que gracias a la aparición y el perfeccionamiento de cuestionarios y entrevistas estructuradas esta dificultad se minimiza y la epidemiología psiquiátrica ha hecho avances de gran relevancia. Sin embargo, otros autores más críticos, como Galvez (1993), manifiestan que todos los instrumentos utilizados aportan una información superficial; un listado de síntomas sin integrar que no permiten conocer la estructura global del trastorno.

Una quinta dificultad está relacionada con el método (dimensional o categorial) que se utilice. En este sentido, el enfoque dimensional investiga presuponiendo que las características o los síntomas presentan diferencias de grado, mientras que el enfoque categorial establece una delimitación entre "casos" y "no casos", es decir, presencia o ausencia de síntomas. (Häfner y Weyerer, 1994). Rodríguez-Pulido y Montes de Oca (1983) señalan que la dicotomía caso/no caso es bastante artificial puesto que la mayoría de trastornos psíquicos se sitúan dentro de un continuum. Las ventajas e inconvenientes de cada método se comentan en el capítulo tres.

Las dificultades comentadas explican, al menos en parte, que existan estudios con resultados diferentes y que el nivel de conocimientos evolucione con cierta lentitud.

1.3.3 Algunos resultados aportados por la epidemiología a la salud mental

A continuación, se realiza una breve descripción de algunas de las principales líneas de investigación en las que trabaja la epidemiología de la salud mental en la actualidad. Asimismo, se presentan, a modo de ejemplo, algunos datos, pero sin pretender en ningún momento hacer una revisión exhaustiva del tema.

a) Muchos estudios están centrados en la identificación del trastorno, utilizando los sistemas nosológicos oficiales y entrevistas diagnósticas estandarizadas.

Estas investigaciones se realizan en población general y en centros de atención primaria; contribuyen a la validación de las taxonomías e incrementan la posibilidad de comparar y generalizar resultados entre estudios realizados en diferentes países o en diferentes zonas.

La mayoría de estudios utilizan los sistemas nosológicos oficiales CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) y los instrumentos estandarizados elaborados para la evaluación diagnóstica. Los más utilizados son el *Diagnostic Interview Schedule-CIS* (Robin, Hetzer, Croughan y Ratcliff, 1981), el *Composite International Diagnostic Interview-CIDI* (Organización Mundial de la Salud, 1990 y 1997) y el *Present State Examination-PSE*

(Wing, Cooper y Sartorius, 1974), estos dos últimos tienen programas computarizados. Como se ha indicado anteriormente, en los diseños de doble fase, el cuestionario más utilizado para el *screening* es el *General Health Questionnaire-GHQ* (Goldberg, 1972).

En esta línea de investigación, destaca el proyecto que desarrolló el Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH), en 5 universidades de Estados Unidos durante el periodo de 1980 a 1984, diseñado para establecer las tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en la población general americana. Este proyecto, denominado Programa de Areas de Captación Epidemiológica (*National Institut Mental Health-Epidemiologic Catchment Area*, NIMH-ECA) se basó en el sistema clasificatorio DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y para la recogida de datos utilizó la entrevista diagnóstica DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (Bernardo, 1998; Bulbena, 1992; Chorot, Perez-Llantada y Sandín, 1995; Generalitat de Catalunya, 1997).

Según Bernardo (1998), la prevalencia global de trastorno fue del 19,1% y en el *Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998* (Generalitat de Catalunya, 1997) se indica que el 2,8% presentaban trastornos mentales graves. Los datos obtenidos sugieren que uno de cada cinco norteamericanos ha sufrido un trastorno psiquiátrico en los 6 meses previos al estudio y que una de cada tres personas ha tenido un trastorno a lo largo de su vida.

Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) comentan un estudio desarrollado por la OMS sobre prevalencia e incidencia de trastornos psíquicos en centros de atención primaria de 14 países (*Psychological Problems in General Health Care*). En todos los casos aplican los mismos criterios e instrumentos, con un diseño de doble fase: la primera con el *General Health Questionnaire* (GHQ) de Goldberg y la segunda con el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Los resultados promedio de todos los centros indican que la prevalencia de trastorno (cualquier tipo de diagnóstico) es del 22,8% en los hombres y del 24,7% en las mujeres, aunque se detectan diferencias importantes en función del país.

El grupo de trabajo en epidemiología psiquiátrica de la OMS (*International Consortium in Psychiatric Epidemiology ICPE-WHO*) ha puesto en marcha estudios epidemiológicos comparativos en diferentes países, utilizando en todos los casos el

mismo instrumento (la *WHO Composite International Diagnostic Interview- CIDI*). Sin embargo, en estos momentos, los datos se están analizando y, por tanto, todavía no han sido publicados (Kessler, 1999).

Existen dos investigaciones, especialmente citadas, llevadas a cabo en España para estudiar la morbilidad psíquica en la población general. El estudio Epidemiológico en Salud Mental del Baix Llobregat (Herrera, Autonell, Spagnolo, Domènech y Marín, 1987; Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert, 1990) y el estudio de Salud Mental Comunitaria de Cantabria (Vázquez-Barquero, Diez, Peña, Aldama, Samaniego, Menéndez y Mirapeix, 1987). Los resultados pueden compararse ya que ambos utilizaron el mismo tipo de diseño (de doble fase) y los mismos instrumentos de evaluación (el *General Health Questionnaire* de 60 ítems en la fase de *screening* y el *Present Status Examination* para la fase de entrevista).

En el estudio Epidemiológico en Salud Mental del Baix Llobregat se encontró una prevalencia general de trastorno del 23,92% (el 30,8% de las mujeres y el 15,9% de los varones). En el estudio de Salud Mental Comunitaria de Cantabria la prevalencia general fue del 14,7% (el 20,6% de las mujeres y el 8,1% de los varones). Recientemente se ha realizado el mismo tipo de investigación en la población general de Cataluña obteniéndose resultados similares (Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura, 1998).

Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) citan un grupo de trabajos, de fase única, realizados en España, sobre la prevalencia de patología psiquiátrica en la atención primaria. Los resultados indican que el porcentaje de trastornos mentales oscila entre el 23,4% (en un estudio realizado en Cantabria por Iglesias, 1992) y el 59,7% (en un estudio realizado en Uribe-Costa por Pinilla y Salcedo, 1987). En investigaciones europeas de doble fase, la prevalencia psiquiátrica ajustada oscila entre el 11% y el 38,8%.

La Generalitat de Catalunya (1997), Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert (1990) y Regier y Burke (1997), presentan cuadros-resumen de diversos estudios nacionales e internacionales sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general, que son comparables entre sí por utilizar la misma metodología.

b) Estudios que evalúan la eficacia de los centros de atención primaria para identificar problemas específicos de salud mental

Los estudios de la población que acude a los consultorios de medicina general, han proliferado en los últimos años. Un porcentaje importante de los pacientes que van a estos centros presentan problemas de carácter psicológico. Jenicek y Cléroux (1987) señalan que los trastornos psíquicos son el segundo motivo de consulta en atención primaria (después de las enfermedades infecciosas). Asimismo, Regier y Burke (1997) indican que del 15 al 30% de personas que solicitan visita en los servicios de medicina general presentan alteraciones mentales. Bulbena (1992), en la página 7, plantea que: "de las cifras de todos los estudios de morbilidad se deduce que el mayor volumen de morbilidad psiquiátrica aparece en atención primaria". Igualmente, estudios epidemiológicos realizados en diversos países indican que al menos una cuarta parte de la población que llega al médico de familia tiene algún problema psíquico (Generalitat de Catalunya, 1997).

La mayoría de estos pacientes presentan sintomatología somática o malestar emocional general (ansiedad, preocupación excesiva, tristeza o fatiga). Bridges y Goldberg (1985, citados en Bulbena, 1992) encontraron que el 50% de los pacientes con trastornos psíquicos presentaban síntomas de somatización, mientras que solo alrededor de una cuarta parte manifestaba tener sintomatología psíquica. Alvarez (1998) indica que la patología afectiva es uno de los motivos de consulta más habituales en atención primaria. Igualmente, Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) señalan que, según diversos estudios, los cuadros con mayor prevalencia en las consultas de medicina general son ansiedad, depresión y trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Todos estos problemas cursan con abundante sintomatología somática y camuflan la problemática psíquica; esto dificulta la identificación de los trastornos mentales en los servicios generales de atención primaria.

Todos estos datos explican que el objetivo de la mayoría de modelos asistenciales sea el de consolidar la atención primaria como la puerta de entrada a los servicios sanitarios. En este sentido, debería ser el médico de cabecera el encargado de detectar y canalizar los problemas de salud mental.

Existen diversos estudios sobre la capacidad del médico de atención primaria para detectar patología mental. Bridges y Goldberg (1985, citados en Bulbena, 1992) observaron que cuando el paciente manifiesta tener síntomas psíquicos, el médico de familia diagnostica correctamente el 90% de los casos. Sin embargo, cuando el usuario dice que tiene problemas somáticos los profesionales identifican menos de la mitad de las disfunciones. Según Borus, Howe y Devins (1988, citados en Bulbena, 1992) los médicos generalistas reconocen con cierta precisión los casos de patología mayor pero están poco entrenados para identificar los cuadros de mayor prevalencia en la atención primaria. En este sentido detectan correctamente sólo: una de cada siete depresiones, tres de cada 18 cuadros de ansiedad y uno de cada cuatro pacientes con abuso de alcohol y otras drogas. Por otra parte, Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996), en una revisión de diferentes trabajos, señalan que el porcentaje de diagnósticos correctos oscila entre el 14,3% y el 42% de los casos. En definitiva, la habilidad del médico de atención primaria para detectar trastornos psiquiátricos es variable pero, desafortunadamente, en la mayoría de investigaciones, se sitúa por debajo del 50% y desciende al 20% en los estudios en los que se requiere un diagnóstico específico.

Para intentar solucionar, en la medida de lo posible, este problema la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han elaborado manuales de sus taxonomías adaptados a la atención primaria para que puedan ser manejados por profesionales no especializados en materia de salud mental. Asimismo, en algunos países se han puesto en marcha programas de formación dirigidos y adaptados a clínicos generalistas. En este sentido, Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) y Tylee (1998) citan una campaña de formación sobre la depresión (*Defeat Depression Campaign*) que se puso en marcha, en el Reino Unido, para potenciar la eficacia diagnóstica de los profesionales de la atención primaria. En la misma línea, el Instituto Nacional de Salud Mental americano (NIMH) ha elaborado el proyecto D/ART (*Depression/Apreciation, Recognition, Treatment*) (Regier y Burke, 1997; Tylee, 1998).

c) Estudios dirigidos a planificar los servicios asistenciales y distribuir los recursos disponibles

Los estudios de las poblaciones tratadas en los servicios de salud permiten valorar las necesidades y los recursos asistenciales (hospitalarios y comunitarios). Estos datos sirven para articular la planificación sanitaria y optimizar la distribución de los recursos. Sin embargo, el control de las personas que utilizan los servicios comunitarios es compleja puesto que las redes asistenciales no siempre están bien conectadas y, por tanto, los datos de algunos pacientes pueden llegar a perderse. Para controlar este hecho, se ha creado lo que se denomina "registro de casos acumulativos" que recogen todos los casos que entran en contacto con los diversos servicios de salud. (Häfner y Weyerer, 1994; Vázquez-Barquero, 1993).

Existen numerosos estudios diseñados para evaluar las necesidades de cuidados y el tipo de intervenciones que se realizan. Torres, Moreno, Salvador, Romero y de Jong (1997) comentan dos investigaciones que se están desarrollando actualmente (en el momento de la publicación están en la fase de análisis de datos). En primer lugar, un estudio europeo multicentrico, que evalúa las necesidades y déficits asistenciales de los enfermos mentales tratados en la comunidad. En segundo lugar, un estudio que valora los costes de la esquizofrenia en España (PSICOST) en el que participan la Universidad de Cádiz, la Universidad Pública de Navarra, la Fundación Argibide, los Servicios de Salud Mental de Gavà (Barcelona) y la Universidad de Cantabria. Salize y Rösler (1996) realizaron un estudio similar, en Mannheim, sobre el coste total que supone la atención comunitaria prestada a los pacientes esquizofrénicos.

Johnson y Salvador (1999) enfatizan la necesidad de trabajar en la creación y validación de sistemas clasificatorios estandarizados para poder comparar los datos de diferentes servicios de salud mental y valorar su efectividad. El interés por el estudio de las necesidades asistenciales ha generado la creación de varios instrumentos de evaluación. Los más utilizados son:

- La Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental de la OMS (*WHO-International Classification on Mental Health Care, ICMHC*) elaborada por De Jong, Giel y Ten Horn (1988).
- La Ficha Mannheim de Contacto con los Servicios Comunitarios de Salud Mental (*Mannheim Service Recording Sheet, MSRS*) de Salize y Rössler (1989, citados en Salize y Rössler, 1996).
- El Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (*Camberwell Assessment of Need, CAN*) elaborado por un equipo de investigación del Instituto de Psiquiatría de Londres y del Maudsley Hospital (PRISM). La adaptación española la ha realizado el equipo de investigación Granada-Sur, en coordinación con el PRISM (Jiménez, Moreno, Torres, Luna y Phelan, 1997).
- La Valoración de Necesidades de Cuidados (*MRC-Needs for Care Assessment*) de Brewin, Wing, Mangen, Brugha y McCarthy (1987).
- Inventario de Servicios Recibidos por el Cliente (*Client Service Receipt Interview- CSRI*) de Vázquez-Barquero, Gaité, Cuesta, García, Knapp y Beechman (1997, versión española).

d) Estudios que analizan los factores de riesgo

En este apartado se presentan únicamente algunos datos generales sobre los factores de riesgo. Sin embargo, existe información específica sobre los diferentes trastornos mentales que puede consultarse en los sistemas nosológicos oficiales (DSM y CIE) y en la bibliografía especializada que aborda problemas concretos.

La complejidad del ser humano y la multicausalidad de la psicopatología dificulta el estudio y la identificación de los factores de riesgo. Sin embargo, hay una serie de variables que parecen incidir en las posibilidades de sufrir un trastorno mental. Como señala Muñoz (1980):

"Las investigaciones realizadas hasta el momento demuestran que las enfermedades mentales tienen una distribución en la población que no puede interpretarse como debida al azar. Dentro de ella se dan asociaciones que resultan significativas ... aún cuando dichas

asociaciones no permitan, sin embargo, establecer una relación de causalidad en el sentido científico tradicional" (Muñoz, 1980, pág.1169).

Fernández y Nicemboim (1998) identifican algunos "macro factores" de riesgo para la etiología de los trastornos mentales como, por ejemplo: la modificación de los patrones sociales a un ritmo más rápido del que sería idóneo para el ajuste humano o la disolución progresiva de la familia extensa como un sistema de referencia para consolidar la identidad personal.

Algunas investigaciones epidemiológicas encuentran una mayor prevalencia de trastornos mentales en la mujer. Por ejemplo, los estudios de Herrera, Autonell, Spagnolo, Domènech y Marín (1987) y Vázquez-Barquero, Diez, Peña, Aldama, Samaniego, Menéndez y Mirapeix (1987) (citados anteriormente), indican que las mujeres tienen más trastornos mentales que los hombres. Igualmente Regier y Burker (1997) citan un estudio, apoyado por la OMS, realizado en varios países europeos, en el que se obtuvieron resultados similares. Sin embargo, es posible que los instrumentos de evaluación diagnóstica empleados en estos estudios sesgen los resultados. Por ejemplo, el *Present State Examination* (PSE), utilizado por Regier y Burker (1997), explora poco los trastornos adictivos, como el alcoholismo, lo cual puede modificar considerablemente los datos. Lemperière y Féline (1997), utilizando instrumentos más sensibles, encuentran que las mujeres presentan una mayor frecuencia de neurosis y depresiones; mientras en los hombres predominan las conductas sociopáticas, el alcoholismo y el suicidio.

Albaigès y Ramos (1992) señalan que las mujeres sin trabajo remunerado (amas de casa), con hijos pequeños o personas enfermas a su cargo configuran un grupo especial de riesgo. Por otra parte, Lemperière y Féline (1997) indican que la frecuencia de enfermedades mentales y, fundamentalmente de hospitalizaciones, es menor entre las personas casadas que no entre las personas divorciadas, separadas o solteras.

Hurrelmann (1997), en un estudio sobre adolescentes, llevado a cabo en Bielefeld, encuentra que los principales factores de riesgo asociados a síntomas de estrés son: a) padres muy exigentes en las expectativas de rendimiento escolar, b) estrés subjetivo

generado por las demandas de la escuela, c) fracaso escolar, d) dificultades para integrarse en el grupo de iguales y e) menor nivel económico que los amigos e iguales. La presencia de uno o más de estos factores de riesgo correlaciona con una alta probabilidad de que surjan síntomas de estrés.

Del Rey Calero (1980) comenta que las vivencias infantiles negativas pueden favorecer el desarrollo de problemas psicológicos. Por ejemplo, encuentra una correlación entre la calidad del medio familiar y la delincuencia juvenil y el riesgo de suicidio. Asimismo, Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord (1997) indican que la prácticas disciplinarias inadecuadas de los padres favorecen la conducta agresiva y antisocial. Asimismo, las relaciones, en la primera adolescencia, con compañeros que presentan una conducta desviada es un factor de riesgo para la delincuencia y el consumo de drogas. Martí Tusquets y Murcia Grau (1988) señalan la relación entre problemas en el desarrollo evolutivo y la aparición de trastornos en la edad adulta.

Por otra parte, Muñoz (1980) cita un estudio longitudinal, realizado en Lundby (Suecia), cuyos resultados indican que el riesgo acumulativo individual de padecer trastornos psiquiátricos, en personas mayores de 60 años, era del 43,4% para los hombres y del 73% para las mujeres. Albaigès y Ramos (1992) señalan que los ancianos están en una situación de riesgo, en especial si sufren alguna enfermedad orgánica, viven solos o están en instituciones. En la misma línea, Muñoz-Tortosa (1997) matiza que la viudez es uno de los factores que provoca mayor conciencia de envejecimiento e inutilidad en las personas mayores. La soledad acelera no sólo el deterioro mental y emocional del anciano sino también el físico. Cervilla, Prince y Mann (1997) encuentran que, en la tercera edad, existe una asociación entre niveles decrecientes de ingresos mensuales y declive cognitivo. Finalmente, Bravo y Serrano-García (1997) indican que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud. En este sentido, Rubio y Alexandre (1997) matizan que el contacto social incrementa el nivel de satisfacción subjetiva en las personas mayores.

Uno de los factores de riesgo que ha recibido mayor atención es la clase social. Numerosos autores (Martí Tusquets y Murcia Grau, 1988; Nathan y Harris, 1983; Regier y Burke, 1997; Vázquez, 1990) citan la investigación realizada por Hollingshead y Redlich (1958), con pacientes tratados en servicios de salud mental. Estos

especialistas estudiaron fundamentalmente la relación entre clase social, tipo de enfermedad y utilización de servicios (públicos o privados). Los resultados indican que en las clases sociales altas hay una menor prevalencia de enfermedades graves y una mayor utilización de los servicios privados. Por contraste, en los estamentos sociales más bajos existe un mayor porcentaje de cuadros severos y una mayor utilización de los hospitales públicos. En este sentido, encontraron que la prevalencia de la esquizofrenia era once veces superior en la clase social más baja.

Del Rey Calero (1980) señala que algunas clases sociales más bajas están sometidas a tensiones socioeconómicas que pueden dar lugar a la "producción social" de ciertas enfermedades mentales. Buendía y Riquelme (1993) plantean que existe una mayor prevalencia de sintomatología psíquica en los grupos más desfavorecidos económicamente y que las condiciones económicas constituyen el factor que mejor explica los trastornos mentales. Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord (1997) matizan que la clase social, medida por diversos índices como ocupación, educación o ingresos familiares, es un factor de riesgo para el inicio de problemas psiquiátricos en los niños.

Martí Tusquets y Murcia Grau (1988) señalan que las áreas geográficas pueden suponer factores de riesgo para diversas patologías: "la existencia de zonas urbanas patógenas coincide con áreas de mayor problemática social, de más alta densidad migratoria, de menor estatus socioeconómico y cultural" (Martí Tusquets y Murcia Grau, 1988, pág. 88). En las zonas urbanas hay áreas donde se produce una mayor densidad de determinados trastornos como la esquizofrenia (Lemperière y Féline, 1997). Por otra parte, Noronha (1998) indica que algunos trastornos mentales ocurren en culturas específicas, como por ejemplo la histeria del Artico, típica entre los pueblos del polo norte, o la neurosis obsesiva de Putzwut, prevalente en las amas de casa de Suiza.

Martí Tusquets y Murcia Grau (1988) comentan que existe relación entre migración y alcoholismo y suicidio. Por ejemplo, en un estudio que estos autores realizaron en Barcelona, hallaron que el 77% de los hombres y el 64% de las mujeres, de una muestra de personas alcohólicas, eran inmigrantes. Asimismo, encuentran relación entre los índices de desempleo y determinados tipos de trastorno, como: neurosis,

alcoholismo, drogodependencias o trastornos de la conducta. Crepet (1993) presenta datos de algunas de las principales investigaciones epidemiológicas sobre desempleo. En definitiva, los factores socio-económico-culturales juegan un papel importante en la aparición y evolución de la enfermedad.

Para terminar, cabe señalar que la epidemiología intenta detectar los factores de riesgo para potenciar la prevención de la enfermedad. Sin embargo, como hemos apuntado, los trastornos son multicausales y los factores detectados son insuficientes. Por ejemplo, en el campo de las adicciones, Amunátegui (1997) indica que existe poca evidencia sobre el peso específico de los diferentes factores de riesgo implicados en la etiología del abuso de drogas, y sobre las posibles interacciones entre estos factores. Por otra parte pensamos, como apuntan Sher y Trull (1996), que la epidemiología sigue, en cierta medida, centrada en la vertiente negativa buscando más “la etiología” del trastorno que “la etiología” de la salud; es decir las variables que potencian, protegen y mantienen el bienestar psicológico.

CAPITULO 2: SALUD MENTAL POSITIVA

En este capítulo describimos los criterios que configuran el modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda (1958) y se comentan una serie de conceptos afines como: bienestar, calidad de vida, prevención o promoción.

El modelo de Jahoda (1958) proporciona algunas directrices para orientar “el diagnóstico” de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales. Sin embargo, a pesar de que utilizamos el término modelo, la autora se limita a describir seis criterios de salud mental, sin plantear ninguna hipótesis acerca de las interacciones entre los criterios, ni respecto al peso específico que cada uno de ellos puede tener en el constructo salud mental positiva.

El modelo de Jahoda (1958) constituye un punto de referencia importante para todos los teóricos que consideran la salud mental como algo más que ausencia de enfermedad. Por ejemplo, Sánchez (1991) manifiesta que el trabajo realizado por Jahoda: “...es aún hoy el documento y síntesis más informativa y completa sobre el tema” (Sánchez, 1991, pag. 101). Asimismo, Jarne (1996) reconoce que el modelo de Jahoda: “...es quizás el texto que más influencia a tenido sobre el resto de los autores y aún hoy día sigue considerándose como la más completa revisión del concepto positivo de salud mental” (Jarne, 1996, pag. 21).

Sin embargo, resulta contradictorio que un modelo que ha generado tanto interés continúe actualmente en el mismo punto en el que lo dejó la autora y no se haya traducido en ninguna acción práctica. La salud mental positiva es producto de la interacción de múltiples factores; se sabe poco sobre los factores y mucho menos

sobre sus interacciones. Por tanto, el estudio conceptual de la vertiente positiva de la salud es complejo y, por el momento, existen pocos conocimientos acerca de las variables que la modulan. Por otra parte, los países occidentales, son sociedades desarrolladas y con un nivel económico aceptable pero tienen unos recursos limitados y deben establecer prioridades. Es evidente que antes de la promoción está la prevención y antes que ella el tratamiento. Esto explica que la concepción positiva de la salud mental haya quedado relegada a nivel conceptual como algo deseable pero utópico a la vez. Además, la posibilidad de mantener el Estado de Bienestar está siendo cuestionado y las previsiones apuntan hacia un incremento progresivo de los problemas de salud mental (Alvarez, 1998; Winett, Riley, King y Altman, 1993). En este sentido, parece bastante probable que continuará predominando, al menos en la práctica, el modelo de enfermedad.

La misma situación se reproduce cuando se abordan conceptos afines como prevención y promoción. Los conocimientos teóricos son insuficientes, los programas de intervención escasos y, además, no siempre resultan tan eficaces como sería deseable. Por tanto, aunque parezca evidente el dicho popular de que *más vale prevenir que curar*, la realidad nos demuestra que no es tan fácil aplicar *el dicho al hecho*. En definitiva, como indican Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997):

“... A pesar de reconocer la necesidad de una perspectiva positiva de salud, la evidencia empírica disponible pone de manifiesto que, de una forma general, se sigue haciendo énfasis en la ausencia de enfermedad. Es decir, las investigaciones se suelen centrar más en la patología, ... , que en construir salud” (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997, pág. 31).

2.1 INTRODUCCIÓN AL MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA DE JAHODA

En primer lugar, se plantean las ideas generales sobre el concepto de salud mental que han guiado el trabajo de Jahoda (1958) y la han conducido a elaborar el modelo de salud mental positiva. La autora coincide plenamente con la idea de que la salud

mental es un término ambiguo y difícil de definir y, en este sentido, su trabajo tiene como objetivo profundizar en la descripción del concepto.

Subraya que no existe una panacea que solucione completamente los múltiples problemas que implica la definición de la salud mental. Sin embargo, defiende la necesidad de trabajar a fondo en el significado del término ya que, tanto los gobiernos, al elaborar políticas sanitarias, como los profesionales de la intervención y los científicos precisan tener un concepto de salud mental claro y concreto que oriente su trabajo.

Concibe la salud mental desde una perspectiva individual. En este sentido considera que, a pesar de que el ambiente y la cultura inciden en la salud y en la enfermedad, resulta incorrecto hablar de “sociedades enfermas” o de “comunidades enfermas”. Estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica, pero acepta plenamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano. Sin embargo, sugiere que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental.

Asimismo se plantea si la salud mental debe considerarse una característica relativamente estable y permanente de la persona o bien un atributo de tipo situacional. La autora indica que el nivel de conocimientos acerca de la salud mental desaconseja los posicionamientos radicales y, por tanto, adopta una posición intermedia.

Por otra parte, analiza, desde una perspectiva crítica, algunas de las conceptualizaciones más usuales sobre la salud mental. En primer lugar, está en desacuerdo con definirla como ausencia de enfermedad y defiende un planteamiento mucho más positivo del concepto. Según Jahoda la ausencia de trastorno mental es un criterio necesario pero no suficiente para definir la salud mental positiva.

En segundo lugar, comenta que la definición de la salud mental desde la perspectiva de la normalidad como promedio, tanto desde un criterio estadístico como desde un criterio sociocultural, presenta diversos handicaps (comentados en el capítulo primero). En este sentido, alude al peligro que puede suponer aceptar algunos comportamientos como mentalmente sanos sólo porque se ajustan a la conducta de la mayoría (criterio

estadístico). Asimismo, enfatiza la relatividad cultural indicando que los estándares de comportamiento normal varían con el tiempo, el lugar, la cultura y las expectativas del grupo social (criterio sociocultural).

Muchos autores piensan que la salud psicológica es una manifestación del estado de bienestar. La autora hace referencia a una investigación informal que llevo a cabo el director de la *Joint Commission on Mental Illness and Health*, Dr. J.R. Ewalt, preguntando a un grupo de expertos lo que significaba para ellos salud mental; la mayoría describieron sus ideas en términos de felicidad, bienestar o contento.

En sentido global, las personas son felices si lo que ellos esperan de la vida está en armonía con lo que la vida les ofrece. Esta felicidad es claramente un producto de la interacción persona-ambiente. Este criterio puede ser útil sólo cuando la felicidad o el bienestar implican una predisposición o atributo de la persona y no un estado emocional transitorio dependiente de las circunstancias.

Por otro lado, considera que la relación entre la salud y la enfermedad mental es compleja y requiere una investigación profunda. Jahoda indica que los tipos puros no existen; cada ser humano tiene simultáneamente aspectos sanos y enfermos, predominando unos u otros en función del momento o de la situación. Los criterios de salud mental son aplicables, al menos en principio, a pacientes mentales y a personas sanas. En la clínica, considerar los aspectos sanos de los pacientes, puede resultar de gran utilidad para la intervención terapéutica. Sin embargo, la realidad confirma que el profesional clínico es mucho más sensible a las manifestaciones de trastorno que a las de salud.

Jahoda también reflexiona sobre algunas variables del entorno ambiental que contribuyen a la adquisición y al mantenimiento de la salud mental. Un aspecto crucial del ambiente son las personas con las cuales se interactúa estableciendo relaciones íntimas (de amistad, compañerismo, amor, etc.). Para la salud mental, son más relevantes las redes sociales que el ambiente físico.

Otro aspecto clave son las condiciones sociales que determinan un comportamiento, ya que ciertas conductas sólo pueden ser comprendidas en términos de identificaciones y relaciones grupales. En este sentido, como hemos visto en el capítulo primero, la

epidemiología trabaja en la búsqueda de determinantes ecológicos, culturales o de clase, para profundizar en el conocimiento de la salud mental.

El tercer factor que considera son las instituciones y estructuras sociales establecidas, puesto que la persona no sólo ajusta su comportamiento en la interacción con los demás sino también frente a instituciones que demandan el desarrollo de un rol específico.

Por último, las variaciones en las condiciones ambientales también juegan un papel importante en la salud mental. El entorno está sujeto a continuas modificaciones que, a su vez, provocan cambios personales. Las variaciones imperceptibles se asumen sin problemas, pero los grandes cambios o los cambios inesperados requieren una reorientación general. Por tanto, la estabilidad/inestabilidad de las condiciones ambientales es una variable relevante para la salud psicológica de la persona.

El modelo de salud mental positiva de Jahoda surge en Estados Unidos cuando, en 1955, se constituye la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta para la Enfermedad y la Salud Mental) con el objetivo de llevar a cabo un estudio integral de la salud mental. Esta comisión, de carácter multidisciplinar, generó diferentes estudios, entre los cuales se halla el de Jahoda (1958), a quien se le encomendó investigar y profundizar en el concepto de salud mental positiva.

Los resultados del trabajo global de dicha Comisión fueron presentados en un informe final (*Action for Mental Health*), en 1961, que sirvió de base para orientar las nuevas políticas de salud mental. Así, en 1963 se aprobó la Ley de Servicios para el Retraso Mental y Organización de Centros Comunitarios de Salud Mental (*Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act*) que refleja las recomendaciones fundamentales de la Comisión Conjunta. En este sentido, se hace hincapié en la concepción multicausal del trastorno mental y en la necesidad de conocer y enfatizar los factores que contribuyen a mantener y potenciar la salud mental del ser humano.

La monografía publicada por Jahoda (1958) fue, y actualmente continua siendo, un punto de referencia esencial para la conceptualización y el abordaje de la salud mental desde una perspectiva de promoción. El trabajo destaca la necesidad de superar los

conceptos de salud mental focalizados en la prevención o el tratamiento y avanzar hacía una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo.

En la Ley de Servicios para el Retraso Mental y Organización de Centros Comunitarios de Salud Mental de 1963, se aprueba la creación de centros comunitarios de salud mental. El objetivo de los mismos será llevar a cabo los programas de promoción de la salud mental (atendiendo tanto a población enferma como sana) y desarrollar actividades de asesoramiento encaminadas a potenciar las habilidades personales. Estos centros pueden intervenir directamente o bien actuar como coordinadores de otros servicios comunitarios cuyas acciones, en ocasiones, resultan inconexas o poco efectivas.

En definitiva, el trabajo de Jahoda (1958) está vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención y pretende reivindicar la promoción de la salud mental superando la mera prevención de la enfermedad. La citada autora articula su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios (comentada en el capítulo uno) y la concreta en 6 criterios interrelacionados que describimos a continuación.

2.2 CRITERIOS DE SALUD MENTAL POSITIVA

El modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda y publicado en 1958, en forma de documento monográfico, bajo el título *Current concepts of positive mental health*, configura una concepción multidimensional de la salud mental positiva. La autora propuso seis criterios generales, la mayoría de los cuales desglosa en varias dimensiones o criterios específicos. Los seis criterios generales son:

- 1: Actitudes hacia sí mismo (*Attitudes toward the self*)
- 2: Crecimiento y autoactualización (*Growth, development and self-actualization*)
- 3: Integración (*Integration*)
- 4: Autonomía (*Autonomy*)
- 5: Percepción de la realidad (*Perception of reality*)
- 6: Dominio del entorno (*Environmental mastery*)

Describimos a continuación, de forma detallada, los citados criterios.

2.2.1 Criterio nº 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO (*ATTITUDES TOWARD THE SELF*).

Este criterio hace referencia a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto enfatizando la importancia de la autopercepción.

Las actitudes hacia uno mismo se describen con términos tales como autoaceptación, autoconfianza y/o autodependencia. Estos conceptos tienen muchos puntos en común, pero también tienen matizaciones propias que los diferencian. Así, la autoaceptación implica que la persona ha aprendido a vivir consigo misma, aceptando sus propias limitaciones y posibilidades. La autoconfianza engloba la autoestima y el autorespeto e implica que la persona se considera a sí misma buena, fuerte y capaz. Por último, la autodependencia, incluye el concepto de autoconfianza pero enfatiza la independencia de los demás y la propia iniciativa, reforzando la idea de que uno depende fundamentalmente de sí mismo y de sus propios criterios.

Revisando a los teóricos del self, Jahoda (1958) propone que las actitudes hacia sí mismo tienen cuatro dimensiones:

Accesibilidad del yo a la conciencia (*accessibility of the self to the consciousness*)

Concordancia yo real-yo ideal (*correctness of the self-concept*)

Autoestima (*feelings about self*)

Sentido de identidad (*Sense of identity*)

Accesibilidad del yo a la conciencia

Este subfactor hace referencia al autoconocimiento, ya que el autoconcepto incluye gran variedad de contenidos (valores, deseos, sentimientos, etc.) que uno mismo debe conocer y de los que debe ser consciente.

Sin embargo, esto no implica que la persona mentalmente sana este continuamente prestando atención a su propio yo y sea consciente de todos sus actos y de todos sus propósitos. En realidad, la presencia continua del yo en la conciencia es más propia de un mal funcionamiento psicológico que de una buena salud mental.

Por tanto, el autoconcepto no ha de estar dominando permanentemente la conciencia. El si mismo solo debe acceder a un nivel consciente en los momentos de introspección o autoexploración. Esta capacidad de poder acceder al conocimiento de los aspectos personales, cuando es preciso o apropiado, es un indicador de salud mental positiva.

Concordancia yo real-yo ideal

Esta dimensión implica la capacidad de mirarse a sí mismo de forma objetiva y realista. Para que la autopercepción sea correcta ha de ser objetiva y esta objetividad requiere de la habilidad para diferenciar el yo-real del yo-ideal; lo que soy de lo que me gustaría ser.

Las distorsiones del autoconcepto están presentes en algunos de los principales trastornos mentales. Según la autora, estas distorsiones están basadas en las dificultades para controlar racionalmente los deseos y los miedos. Por ello, podremos considerar como indicador de salud mental positiva, la capacidad de la persona para percibirse a sí misma (para definirse) de un modo que corresponda o se ajuste a la realidad y que, además, refleje la autoaceptación sin miedo ni temor a ser lo que es. Es decir, esta dimensión implica la autoaceptación; necesaria tanto para equilibrar los deseos (lo que nos gustaría ser) como para superar los temores de ser de un modo y no de otro.

Tener un concepto ideal de sí mismo es positivo y cataliza el desarrollo personal, pero puede resultar negativo cuando no se es capaz de diferenciar y equilibrar el yo-ideal con el yo-real. La persona mentalmente sana debe partir del yo-real y mantener un ideal que, sin alejarse de la realidad objetiva, guíe y estimule el crecimiento personal.

Autoestima

Este concepto equivale a los sentimientos que uno tiene con respecto a sí mismo. La salud mental implica una aceptación global del sí mismo, con todos los defectos y deficiencias personales, es decir, incluyendo aquellos aspectos de los cuales uno no se siente orgulloso o satisfecho.

Se presupone que los defectos reconocidos son aceptados en la medida en que hay una capacidad para explorar en el interior del sí mismo, de forma objetiva y realista, y para hacer conscientes los valores, deseos o sentimientos personales.

La autora, sin embargo, considera que la autoaceptación se refiere a los sentimientos de uno mismo acerca de la configuración total del autoconcepto y no a unos atributos en particular.

Sentido de identidad

Es un aspecto del autoconcepto estrechamente vinculado con la autoaceptación pero entendido como un atributo integrador del sí mismo.

Lo que diferencia de forma significativa el sentido de identidad de la autoaceptación es que el primero implica un énfasis más cognitivo en la autopercepción (claridad de la autoimagen). La persona sana conoce quien es y no tiene dudas acerca de su propia identidad.

2.2.2 Criterio nº 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION (*GROWTH, DEVELOPMENT AND SELF-ACTUALIZATION*)

Este criterio está relacionado con lo que la persona hace con su vida. La autoactualización, también denominada autorrealización o crecimiento personal, puede ser entendida en dos sentidos:

- a) como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos;
- b) como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida (*motivacional process*) y la implicación en la vida (*investment in living*).

La autoactualización incluiría también la dimensión de autoconcepto (aunque éste ha sido ya abordado anteriormente como criterio independiente).

La autoactualización como motivación por la vida.

Esta dimensión está vinculada al significado de la vida, es decir, al hecho de estar motivado no solo por cubrir las necesidades básicas sino por tener una dirección de crecimiento y desarrollo hacia metas superiores, proyectos a largo plazo e ideales de vida.

La propensión a la autoactualización genera un nivel de tensión que la persona psicológicamente sana vive como placentero y estimulante. Por el contrario, la persona con un funcionamiento mental deficitario prefiere mantenerse en una situación conocida, aunque sea poco satisfactoria, que vivir la inseguridad que pueden generar las circunstancias nuevas y poco controladas.

Por ello, la persona con tendencia a la autoactualización tiene una orientación positiva y optimista hacía el futuro y, además, posee ideales, metas, aspiraciones y deseos de superación. Es lo que se podría denominar una motivación de crecimiento personal en la vida.

Implicación en la vida.

La implicación permite que la persona autoactualizada participe activamente en las diferentes actividades de la vida: en el trabajo, en el tiempo libre, en las relaciones con los demás. Es decir, que esté pendiente no solo de su vida sino de la vida de los

demás como parte de la suya propia. La persona que se implica en la vida tiene capacidad para evocar respuestas empáticas, cálidas y comprensivas hacia los demás.

La autora resalta la idea de que la persona sana demuestra interés por los otros y no esta centrada solamente en satisfacer sus propias necesidades.

Es evidente que la implicación en la vida no puede estar separada de la motivación; la persona debe estar implicada con los otros, con el trabajo, con las ideas y con los intereses pero, a la vez, motivada para conseguirlos.

2.2.3. Criterio nº 3: INTEGRACION (*INTEGRATION*)

La integración implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona. Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o de la auto-actualización, pero Jahoda (1958) considera que debe abordarse como una categoría independiente.

La integración, como criterio de salud mental positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes:

Equilibrio psíquico (*Balance of psychic forces*)

Filosofía personal sobre la vida (*A unifying outlook on life*)

Resistencia al estrés (*Resistance to stress*)

Equilibrio psíquico

Esta forma de entender la integración está basada en una orientación psicodinámica. Es decir, la integración, como criterio de salud mental, implica un equilibrio entre las instancias psicológicas del ello, el yo y el superyo o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes.

El equilibrio entre los distintos sistemas está mediatizado por la flexibilidad, que modula la interrelación entre las diferentes instancias. Es decir, favorece el predominio de una u otra estructura en función de los requerimientos del momento y de la situación.

Filosofía personal sobre la vida

La integración, en este caso, se aborda desde una perspectiva cognitiva y está íntimamente relacionada con las dimensiones de autoactualización y sentido de identidad. La filosofía de la vida guía y da significado al propio comportamiento y al crecimiento personal. Cada persona desarrolla su propia filosofía de vida.

Resistencia al estrés

Desde esta perspectiva, se enfatiza el estilo personal de afrontar las situaciones estresantes de la vida. El concepto general de integración debe entenderse como el prototipo individual de respuesta ante la ansiedad y concretarse en términos más específicos como resistencia al estrés o tolerancia a la frustración.

La ansiedad es una experiencia universal del ser humano. Las situaciones y las vivencias de tensión, ansiedad, frustración e infelicidad ocurren tanto en las personas sanas como en las enfermas. La diferencia reside en las estrategias de afrontamiento y en la capacidad para mantener un nivel de integración adecuado ante situaciones de presión.

Según la autora, aspectos como la autoafirmación y la valentía (el coraje) pueden ser las vías apropiadas para afrontar de forma positiva la propia ansiedad.

2.2.4. Criterio nº 4: AUTONOMIA (AUTONOMY)

Esta dimensión hace referencia a la relación de la persona con el mundo (con el ambiente) y el término es sinónimo de independencia y autodeterminación. El grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado

de la salud mental. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás.

Esta relación persona-ambiente conlleva un proceso de toma de decisiones. En este sentido, la autonomía significa una discriminación consciente, por parte de la persona, de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar. El criterio de autonomía puede entenderse desde una o ambas de las dos siguientes dimensiones:

Autorregulación (*Regulation of behavior from within*)

Conducta independiente (*Independent behavior*)

Autorregulación

La autonomía se concibe desde una perspectiva interna y hace referencia al grado en el cual la persona autodirige sus acciones. Incluye, por supuesto, la independencia y la confianza en sí mismo. También está relacionada con la capacidad para guiar el propio comportamiento, a partir de unos estándares internalizados, e implica el mantenimiento continuo del autorespeto.

Este proceso de regulación interna favorece un crecimiento personal independiente y permite que la conducta esté determinada por la interacción equilibrada entre las exigencias externas y los valores, necesidades, creencias y metas personales.

Conducta independiente

La autonomía permite mantener un comportamiento relativamente estable; la conducta no depende tanto del mundo exterior como del interior y, por tanto, fluctúa con menos facilidad.

En este sentido, inmuniza de “lo malo del mundo”, de los golpes duros, de las privaciones y de las frustraciones. Así, las personas autónomas pueden mantener una relativa serenidad y felicidad en medio de circunstancias que podrían conducir a otras personas al desequilibrio emocional.

La autonomía también facilita el ajuste a las demandas de la sociedad y protege de adaptarse por inercia, tradición o dependencia de los demás. La persona autónoma es capaz de ajustarse a las normas de conducta de su sociedad pero, a la vez, mantiene sus propios criterios personales.

2.2.5. Criterio nº 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD (*PERCEPTION OF REALITY*)

Este criterio implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente.

La percepción no puede aislarse de otros procesos cognitivos como la atención, el juicio o el pensamiento y está estrechamente vinculada a la percepción social. Existen dos dimensiones de la percepción de la realidad:

Percepción objetiva (*Perception free from need-distortion*)

Empatía o sensibilidad social (*Empathy or social sensitivity*)

Percepción objetiva

Jahoda (1958) considera la percepción objetiva como un criterio íntimamente relacionado con la adaptación a la realidad, puesto que la adaptación está basada en la percepción correcta del ambiente.

El problema surge cuando se intenta delimitar el término “objetivo”; ¿quién sabe que es “correcto”? Si uno percibe un paisaje en términos de formas, otro en términos de colores ¿cuál es más “correcto”? Las dificultades se multiplican exponencialmente en las percepciones de naturaleza social. Jahoda considera que la realidad es un prisma plural y dinámico. Por tanto, pueden coexistir múltiples formas particulares de percibir el mundo que pueden considerarse sanas.

En este sentido, Jahoda sustituye la palabra “correcto” por la expresión “*relative freedom from need-distorsion*”. La percepción psicológicamente sana implica una forma de vivenciar el mundo en la cual la persona es capaz de tener en cuenta sus propios deseos (aunque no se correspondan con la realidad) y, sin embargo, no distorsionar la percepción para conseguirlos, es decir, no “inventa” entradas que no existen.

Esto no significa que las necesidades y los deseos deban eliminarse y dejen de tener una función en la percepción. La persona mentalmente sana puede testar la realidad (*reality testing*) para comprobar el grado de correspondencia entre sus necesidades, deseos o temores y la realidad.

La autora ilustra el concepto comentando la típica situación de los padres que desean que sus hijos se porten bien en la escuela o tienen miedo de que suspendan. Los padres psicológicamente sanos buscarán evidencia objetiva, por ejemplo solicitando información a los profesores, y la aceptarán, incluso si va en contra de sus deseos.

Empatía o sensibilidad social

La percepción objetiva es más difícil cuando el objeto es uno mismo o los demás. La percepción de uno mismo se aborda dentro del autoconcepto. La percepción de los sentimientos y de las actitudes de los otros configura un criterio independiente. La persona debe ser capaz de tratar con respeto la vida interior de los demás y de llegar a conclusiones objetivas acerca de ellos.

La persona sana tiene más habilidad para entender e interpretar correctamente las actitudes y los sentimientos de los demás. Por tanto, es capaz de percibir con más precisión y exactitud las situaciones desde otros puntos de vista y, según Jahoda, de anticipar y predecir el comportamiento de las personas con las que interactúa.

2.2.6. Criterio nº 6: DOMINIO DEL ENTORNO (*ENVIRONMENTAL MASTERY*)

El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad.

Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso). Dentro de este criterio Jahoda distingue seis dimensiones íntimamente relacionadas:

- Satisfacción sexual (*The ability to love*)
- Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre (*Adequacy in love, work and play*)
- Adecuación en las relaciones interpersonales (*Adequacy in interpersonal relations*)
- Habilidad para satisfacer las demandas del entorno (*Efficiency in meeting situational requirements*)
- Adaptación y Ajuste (*Capacity for adaptation and adjustment*)
- Resolución de problemas (*Efficiency in problem-solving*)

Satisfacción sexual

Esta dimensión hace referencia a la habilidad para experimentar placer sexual y para mantener relaciones sexuales gratificantes. Aunque la función sexual no sea lo más importante para la salud mental del ser humano, es necesario reconocer la sexualidad como un indicador extremadamente sensible del funcionamiento global de la persona.

Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre

El amor, el trabajo y el tiempo libre son tres áreas cruciales de la actividad del ser humano. La persona sana es capaz de realizar un trabajo de forma correcta, mantenerlo y ser creativo, dentro de las limitaciones de sus capacidades. Además, es capaz de relajarse, disfrutar de las oportunidades para la diversión, querer a otros, vivir en pareja y formar una familia.

Adecuación en las relaciones interpersonales

Implica la capacidad para interactuar con los demás, manteniendo relaciones interpersonales satisfactorias y afectivas. La competencia en las relaciones interpersonales se manifiesta en la manera en que los miembros de un grupo significativo, por ejemplo la familia, son capaces de interactuar para conseguir fines comunes y, a la vez, mantener su desarrollo y autoexpresión individual.

En definitiva, se considera que una persona tiene salud mental positiva si es capaz de:

- Tener relaciones afectivas positivas
- Promover el bienestar de los demás, sin obtener necesariamente un beneficio personal.
- Trabajar e interactuar con los demás para el beneficio mutuo.

Habilidad para satisfacer las demandas del entorno

Es la capacidad para dar una respuesta válida a las necesidades de una situación. Los requerimientos sociales están en función del entorno y, por tanto, deben definirse y valorarse específicamente en cada contexto.

Por ejemplo, si se quiere evaluar la habilidad de un niño para satisfacer las demandas del entorno escolar se pueden distinguir tres requerimientos situacionales: establecer relaciones apropiadas con la autoridad (profesora), con los compañeros, y adquirir conocimientos y habilidades.

Adaptación y Ajuste

La adaptación implica la capacidad para alcanzar un equilibrio entre las necesidades y habilidades del individuo y la realidad. Un término que se utiliza con mayor frecuencia que el de adaptación es el de ajuste, que puede entenderse bien como un concepto pasivo de aceptación de lo que la vida brinda o bien como sinónimo de adaptación con una connotación activa.

La interacción del hombre con el medio es adaptativa cuando existe un equilibrio entre los componentes activos y pasivos. Es decir, el entorno en ocasiones es inmodificable y hay que ser capaz de aceptarlo, mientras otras veces la persona puede realizar cambios activos en el mismo.

Resolución de problemas

Esta dimensión engloba tanto el procedimiento como el resultado en la solución de los problemas. Una forma de entender la resolución de problemas es poniendo el énfasis en el producto final; la solución. Si se aplica este criterio a los problemas reales, el éxito es un criterio de salud mental positiva.

Pero, el éxito no depende sólo del comportamiento individual sino también de circunstancias externas que escapan al control de la persona. Por tanto, no puede considerarse únicamente como un atributo de la persona o como una consecuencia de sus acciones. Sin embargo, en nuestra sociedad, las personas sanas tienen, en general, mayores posibilidades de éxito.

La otra forma de entender la resolución de problemas es haciendo hincapié en el proceso. El simple hecho de afrontar un problema puede ser suficiente para indicar un cierto grado de salud mental. Sin embargo, Jahoda describe tres aspectos que definen el proceso idóneo que se debería seguir:

- a) La secuencia temporal de las etapas: análisis del problema, búsqueda de posibles soluciones, toma de decisiones y, finalmente, implementación de la solución. Estos pasos equivalen a una descripción formal del proceso de pensamiento, pero en la práctica se aplican de forma mucho más dialéctica e interactiva.
- b) El tono emocional (*feeling tone*) y la actitud que la persona mantiene durante el proceso. Cuando no existe un tono y una motivación favorables el procedimiento de solución de problemas se realizará de forma incorrecta y, probablemente, se interrumpirá el avance hacia las siguientes etapas que configuran la secuencia correcta.

- c) La forma directa o indirecta de afrontar los problemas. Por ejemplo, si una persona percibe su trabajo como insatisfactorio, la posición directa implica cambiar de trabajo; una alternativa indirecta podría ser buscar satisfacciones sustitutorias en las actividades del tiempo libre.

La autora indica que el buen solucionador de problemas combina las tres dimensiones:

- La tendencia a superar todas las etapas
- El mantenimiento de un tono emocional apropiado
- El ataque directo sobre el problema.

Jahoda considera que los criterios para definir y evaluar la salud mental positiva están interrelacionados y, en función del momento o de la situación personal, predominan unos u otros. Es decir, para adaptarse a las condiciones ambientales, especialmente cuando son desfavorables, la persona tiene que pagar el precio de desarrollar un componente a expensas de otro. Sin embargo, los diferentes criterios interactúan dialécticamente y configuran un funcionamiento psicológico unificado. La combinación idónea de criterios para cada situación es una cuestión pendiente de investigación empírica.

La autora apunta algunas líneas de investigación como, por ejemplo, operativizar los criterios que configuran el modelo, determinar sus interrelaciones o estudiar posibles diferencias en función de la cultura, la clase social, la edad, el sexo, etc. Desafortunadamente, ni Jahoda ni los autores posteriores han trabajado en la evaluación empírica ni en el desarrollo del modelo.

Jahoda realizó su actividad profesional en dos periodos claramente diferenciados. En la época en que elaboró el estudio presentado, trabajaba como profesora de psicología social en la Universidad de Nueva York y era además la directora del Centro de Investigación para Relaciones Humanas de la misma Universidad (*New York University Research Center for Human Relations*).

Posteriormente, se traslada a vivir a Inglaterra y desarrolla su trabajo investigador en la Universidad de Sussex. Tal y como se puede observar siguiendo su línea de publicaciones, el interés de Jahoda se ha desplazado de la salud mental positiva a la psicología social, investigando fenómenos como el prejuicio (Ackerman y Jahoda, 1954; Jahoda, 1967) o el papel de las instituciones sociales en relación a las necesidades humanas. Ha estudiado especialmente la situación de desempleo como problemática social, donde las instituciones tienen un peso importante (Jahoda, 1981, 1982, 1984, 1988; Jahoda y Warren, 1966; Lazarsfeld, Jahoda y Zeisel, 1996).

En sus publicaciones defiende una psicología social que integre el análisis de las perspectivas económico-político-social del mundo. Aboga por una disciplina que potencie la reflexión personal y permita incrementar la concienciación y participación de todos en la consecución de un mundo mejor, donde situaciones como la pobreza, el desempleo y la discriminación racial desaparezcan (Freeman y Jahoda, 1978).

2.3 CONCEPTOS AFINES A LA SALUD MENTAL POSITIVA

A continuación vamos a comentar dos grupos de conceptos que profundizan en el conocimiento y abordaje de la vertiente positiva de la salud mental y, por tanto, están relacionados con la salud mental positiva. En primer lugar, se describen los términos felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida y, posteriormente, los conceptos de prevención y promoción.

2.3.1 Felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida

Estos conceptos son tan antiguos como la propia existencia de la humanidad, ya que el deseo de “vivir bien” y de “ser feliz” es la fuerza motriz que moviliza el desarrollo del ser humano. Están íntimamente relacionados, se analizan desde múltiples perspectivas y es difícil precisar su contenido específico. Esto genera dificultades importantes a la hora de diferenciarlos y de encontrar definiciones mínimamente satisfactorias. En primer lugar, vamos a intentar comentar algunos aspectos relevantes de cada uno de

ellos y, posteriormente, se tratarán con más detalle los conceptos de bienestar y calidad de vida que, en los últimos años, han generado numerosas publicaciones.

No hay un acuerdo unánime en relación al concepto de **felicidad**. Algunos autores consideran que es una dimensión interior y la conciben como una consecuencia de la autorrealización humana (Gutiérrez, 1990). Sin embargo, desde la perspectiva de la interacción persona-ambiente, la felicidad está en función de la concordancia entre los factores externos y los deseos y aspiraciones personales. En este sentido, Kozma, Stone y Stones (1997) realizan un estudio sobre el tema y encuentran que los cambios en el entorno no modifican significativamente el índice global de bienestar subjetivo o felicidad y, por tanto, sugieren la existencia de una tendencia o predisposición de la persona a la felicidad. Jahoda (1958) también defiende este enfoque al considerarla como una predisposición que la persona tiene que desarrollar para mantener una actitud positiva incluso ante los avatares difíciles de la vida. Pensamos que la cita de Thomas Szasz, recogida por Avia y Vázquez (1998), refleja correctamente que la felicidad no es un estado permanente sino una tendencia activa de búsqueda:

“La felicidad es una condición imaginaria que antiguamente los vivos atribuían a los muertos y en la actualidad los adultos atribuyen a los niños y los niños a los adultos” (Avia y Vázquez, 1998, pág. 34)

También podemos destacar la concepción de Bradburn (1969, citado en McDowell y Newell, 1987) que entiende la felicidad como un estado de equilibrio entre afectos positivos y negativos, cuyo resultado denota la habilidad de la persona para hacer frente a las situaciones estresantes de la vida cotidiana. En definitiva, la felicidad implica un predominio de los sentimientos positivos por encima de los negativos. Este autor elaboró un instrumento de evaluación (*The Affect Balance Scale*) que tiene gran relevancia en el estudio del bienestar subjetivo y de la felicidad.

Por otra parte, la **satisfacción** es uno de los conceptos más estudiados desde las perspectivas subjetivas según las cuales los sentimientos y las vivencias que las personas tienen de las diferentes situaciones son más significativas que la propia situación en sí.

La felicidad y la satisfacción se consideran estados afectivos positivos y se utilizan de forma simultánea o conjunta como dimensiones subjetivas del bienestar y/o de la calidad de vida. Sin embargo, en un estudio realizado por Campbell, Converse y Rodgers (1976, citado en Campbell, 1976) encontraron que los jóvenes expresaban mayor felicidad y menor satisfacción que las personas mayores; esto sugiere que los dos términos están interrelacionados pero no son idénticos. Algunos autores establecen ciertas matizaciones entre ambos conceptos, otorgando a la felicidad un componente afectivo o emocional y a la satisfacción un componente de carácter cognitivo (Amerigo, 1993; Moreno y Ximenez, 1996). Pero, cognición y emoción son difíciles de separar y, por tanto, como sugiere Amerigo (1993) es aconsejable considerar la satisfacción y la felicidad como procesos actitudinales en los que interaccionan componentes afectivos, cognitivos y comportamentales.

En los últimos años, el término **optimismo** está adquiriendo una cierta relevancia entre los estudiosos de la vertiente positiva de la salud y ha generado varias publicaciones (Avia y Vázquez, 1998; Magaletta y Oliver, 1999; Miller, 1999; Seligman, 1990; Strassle, McKee y Plant, 1999). Este concepto se define como la tendencia de la persona a esperar que el futuro le deparé resultados favorables. El optimismo, que algunos autores consideran una dimensión de la personalidad, es un producto de la interacción herencia-ambiente. Sin embargo, según Seligman (1990), puede aprenderse incluso en las etapas maduras del desarrollo evolutivo. El optimismo genera estados emocionales positivos y constituye un factor que incide favorablemente en múltiples facetas de la vida, entre otras la salud. Avia y Vázquez (1998) señalan que:

“El optimismo no es sólo un requisito para la supervivencia, sino además una condición indispensable para una vida plenamente humana: no es nada añadido ni propio de los ilusos, sino una de las mejores armas para adaptarnos al medio y trasformarlo. Nos merece un enorme respeto este mecanismo que permite que las personas sean capaces de superar el infortunio y construir y soñar el futuro” (Avia y Vázquez, 1998, pág. 16)

Algunos autores diferencian entre optimismo ilusorio y optimismo inteligente. El optimismo ingenuo implica la creencia de que las cosas saldrán bien por que sí, sin intervenir activamente. Esta suposición bloquea el progreso personal y puede generar problemas importantes (ver Avia y Vázquez, 1998). El optimismo inteligente es realista y promueve el crecimiento personal. En este sentido, Bloch (citado en Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, 1997) hace referencia al “optimismo militante”, es decir, la convicción de que existen posibilidades de cambio y de que con acción y trabajo se pueden conseguir.

El término **bienestar** adquiere una gran relevancia a partir de que la Organización Mundial de la Salud lo incorpora en su definición de salud, “...estado de bienestar físico, psicológico y social.” (OMS, 1948). Inicialmente se introdujo como un concepto global para referirse al “bien vivir”, a la “buena vida”, englobando la felicidad y la satisfacción. Pero, en los últimos años ha quedado integrado dentro del concepto calidad de vida y se estudia como una dimensión de la misma.

La **calidad de vida** es un término que surgió con fuerza a partir de los años 80, cuando el aumento de las enfermedades crónicas, el avance de los tratamientos y la introducción de conceptos como rehabilitación y atención comunitaria adquieren un peso específico relevante en el campo de la salud (García Riaño, 1991; Moreno y Ximénez, 1996). La calidad de vida permite ampliar la concepción del bienestar y abordarlo desde una perspectiva más operativa y, *a priori*, más medible. Desde entonces ha generado un volumen asombroso de estudios y se ha convertido en el objetivo central de las políticas sociales y económicas de los gobiernos, en los países desarrollados (Casas, 1998; Fernandez-Ballesteros, 1997). Sin embargo, en los últimos años, se cuestiona la sostenibilidad del Estado de Bienestar que, en definitiva, es el resultado último de la calidad de vida (Pol y Valera, 1998; Prieto, 1993).

La calidad de vida es un concepto muy vinculado a la vertiente positiva de la salud pero curiosamente, dentro del ámbito de la salud mental, se ha estudiado fundamentalmente en poblaciones enfermas, especialmente en pacientes esquizofrénicos tratados en la comunidad. Las políticas de desinstitutionalización, los avances en los tratamientos farmacológicos y la necesidad de reinserción social de los afectados, han motivado un creciente interés por conocer y valorar el verdadero impacto que estos cambios

generan en la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales crónicos. A modo de ejemplo, citamos algunas referencias de estudios recientes con este tipo de población:

Bobes, Gutiérrez, Gibert, González, Herraiz y Fernández, 1998; Carón, Tempier, Mercier y Leoffre, 1998; Dazord, Astolfi, Guisti, Rebetez, Mino, Terra y Brochier, 1998; Dickerson, Ringel y Parente, 1998; Doyle, Flanagan, Browne, Clarke, Lydon, Larkin y O'Callaghan, 1999; Evenson y Vieweg, 1998; Gupta, Kulhara y Verma, 1998; Koivumaa-Honkanen, Viinamäki, Honkanen, Tanskanen, Antikainen, Niskanen, Jääskeläinen y Lehtonen, 1996; Mercier, Péladeau y Tempier, 1998; Nieuwenhuizen, Schene, Boevink, Wolf, 1998; Recio, Sánchez y Gutiérrez, 1998; Skantze, 1998; Vandiver, 1998; Tempier, Caron, Mercier y Leouffre, 1998; Van Dongen, 1996; Vázquez-Barquero, Gaité, Ramírez, García, Borra, Sanz, Bobes y Oliver, 1997.

A continuación vamos a comentar algunas de las cuestiones que se debaten actualmente entorno a estos conceptos, especialmente al bienestar y a la calidad de vida.

Objetividad versus subjetividad

Un tema polémico es la discusión sobre si la calidad de vida y el bienestar deben ser definidos y evaluados desde criterios que conjuguen variables objetivas y subjetivas o bien si hay que dar una preferencia fundamental a los aspectos percibidos.

Algunos autores defienden la necesidad de considerar dimensiones objetivas y subjetivas puesto que el bienestar material y económico no coincide necesariamente con el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la felicidad (Baca, 1998; Leturia, 1998; Leventhal y Colman, 1997; Valera, 1996). Por ejemplo, un estudio realizado por Campbell, Converse y Rodgers (1976, citado en Campbell, 1976) muestra que a lo largo de quince años muchos de los indicadores objetivos, en el ámbito económico y social, habían aumentado mientras que la proporción de población que se describía como muy feliz había disminuido. Sin embargo, como indican Levi y Anderson (1980, citados en Amerigo, 1995) al aumentar el nivel material de vida aumentan también las expectativas y necesidades de las personas, con lo cual la

satisfacción no tiene porque incrementar. De todas formas, estos resultados adquieren significado sólo cuando existen unas condiciones económicas y materiales mínimas, a partir de las cuales las personas pueden empezar a valorar más la calidad de vida que la cantidad (García, Bellver, Martínez, Paul y Pérez, 1997).

Asimismo, existen diferentes estudios realizados con población clínica que ponen de manifiesto la necesidad de contemplar no solo las condiciones materiales y objetivas sino también la percepción y evaluación que las personas tienen de esas condiciones. En este sentido, los estudios de Skantze (1998) y Dickerson, Rigel y Parente (1998), realizados con pacientes esquizofrénicos tratados en la comunidad, indican que existe poca correlación entre medidas objetivas de calidad de vida y percepciones subjetivas de la misma.

Sin embargo, también hay autores que defienden la perspectiva subjetiva. Por ejemplo, Skantze (1998) indica que la calidad de vida debe definirse a través de la opinión que la persona tiene acerca de sus condiciones objetivas. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud organiza en 1985 la creación de un grupo de profesionales para trabajar entorno a la conceptualización y medición de la calidad de vida percibida. El resultado de este grupo de trabajo ha sido la puesta en marcha de un proyecto sobre la evaluación de la calidad de vida en contextos asistenciales en el que participan 25 centros de todo el mundo (Orley y Saxena, 1998). En este proyecto se define la calidad de vida como:

“La manera en que la persona percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello incorporando, en un modo complejo, la salud física de la persona, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” (WHOQOL Group, 1994, pág. 28)

Esta definición, como podemos observar, está centrada fundamentalmente en la perspectiva subjetiva y enfatiza que la valoración debe hacerla la propia persona y no

personas ajenas (ni profesionales sanitarios ni miembros de la familia) (Baca, 1995; De Vries y Van Heck, 1997; Orley y Saxena, 1998).

Sin embargo, en el campo de la salud mental, el hecho de adoptar una perspectiva exclusivamente subjetiva puede generar problemas importantes. Algunos especialistas cuestionan la capacidad de las personas que sufren un trastorno mental para valorar su calidad de vida. En este sentido, Lehman (1983, citado en Vazquez-Barquero, Gaité, Ramírez, García, Borra, Sanz, Bobes y Oliver, 1997) señala que la psicopatología puede incidir en la percepción que tiene el paciente de su calidad de vida pero no la determina. Por tanto, cuando se intenta evaluar la eficacia de una intervención la percepción del paciente no siempre coincide con la opinión de las personas del entorno y las medidas objetivas que se obtienen.

Ante ello, algunos autores sugieren la necesidad de realizar evaluaciones desde diferentes perspectivas (Baca, 1995). En esta línea, Strupp y Hadley (1977) y Strupp (1996), elaboran un modelo tripartito para evaluar los efectos de la psicoterapia, contemplando tres perspectivas: la del propio paciente (perspectiva subjetiva), la del profesional (perspectiva objetiva) y la de las personas del entorno (perspectiva social, también objetiva). La evaluación individual del propio paciente se realiza en términos de sentimientos subjetivos de bienestar, tales como felicidad o satisfacción. Sin embargo, como indican Moreno y Ximénez (1996) no debemos olvidar que:

“Aunque la experiencia de sentirse enfermo no es, afortunadamente, ninguna garantía de ello, la experiencia de “estar malo” o simplemente sentirse mal es un hecho de valor clínico, independientemente de su posible correspondencia con una patología clínica” (Moreno y Ximénez, 1996, pag.1058).

Finalmente, algunos autores adoptan un posicionamiento “eclectico” para hacer hincapié en la perspectiva multidisciplinar que requiere el estudio de la calidad de vida (Amerigo, 1995; Fernández-Ballesteros, 1997; Valera, 1996). En este sentido, Casas (1998) sugiere omitir los términos objetivo y subjetivo y hablar de indicadores psicosociales y de bienestar psicológico.

Unidimensionalidad versus multidimensionalidad

Actualmente la mayoría de autores consideran la calidad de vida como un concepto multidimensional. Diversos estudios encuentran una escasa relación entre índices globales de calidad de vida y dimensiones específicas de la misma (Dickerson, Ringel y Parente, 1998; Gupta, Kulhara y Verma, 1998; Skantze, 1998). Esto sugiere que las medidas genéricas son inconsistentes con las medidas que exploran áreas concretas de la vida.

Sin embargo, la multidimensionalidad de la calidad de vida genera problemas teórico-prácticos que desafortunadamente no tienen una respuesta clara: ¿qué dimensiones hay que tener en cuenta?... ¿cuál es el peso específico de cada dimensión?... ¿es el mismo para todas las personas, edades, etc.?

Vazquez-Barquero, Gaité, Ramírez, García, Borra, Sanz, Bobes y Oliver (1997) presentan un cuadro-resumen de las dimensiones de calidad de vida utilizadas con mayor frecuencia por diferentes autores que investigan el tema. El número de categorías utilizadas varía entre 5 y 10 y, en general, hacen referencia al funcionamiento físico, psicológico y social. Sin embargo, las dimensiones propuestas están definidas de forma muy genérica y, por tanto, aportan poca luz al problema.

La mayoría de investigaciones psicológicas sobre calidad de vida contemplan la salud como una de las dimensiones más importantes. Este énfasis es lógico ya que es una variable que afecta y determina el estado de la persona en muchas otras áreas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en determinadas circunstancias o etapas de la vida predominan otras dimensiones. Por ejemplo, en el caso de los jóvenes el trabajo o las relaciones sociales son más importantes que la salud, mientras que para las personas mayores tiene una gran relevancia (Ruiz y Baca, 1993, citados en Fernández-Ballesteros, 1997). Por tanto, para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las circunstancias bio.psyco.sociales de cada persona. En este sentido existen estudios centrados en situaciones vitales concretas, como: la edad, situaciones traumáticas específicas (por ejemplo, sobrevivientes del holocausto, refugiados, víctimas de atentados terroristas, etc.) o problemas de salud (por ejemplo, pacientes diabéticos, cardíacos, seropositivos, etc.).

Aportaciones principales al ámbito de la salud mental

Los conceptos de bienestar y calidad de vida han potenciado la idea de valorar lo cualitativo por encima de lo cuantitativo y de la persona por encima del síntoma. Las principales aportaciones van en las siguientes direcciones:

- Evaluar de forma más global los resultados de los tratamientos. En este sentido, no es suficiente con determinar el efecto de una intervención sobre la sintomatología del paciente; también es necesario conocer la incidencia de la terapia sobre la persona. Por tanto, los criterios de bienestar y calidad pueden servir para humanizar la atención sanitaria, intentando centrar el interés no solo en el resultado clínico sino también en el “resultado humano”.
- Incorporar la variable calidad de vida en los estudios que comparan la eficacia de diferentes tratamientos. Esto permite tener una información más completa y, por tanto, seleccionar la intervención idónea según la persona y sus circunstancias. Es especialmente importante tener en cuenta esta variable cuando no es posible la curación; para decidir que estrategias terapéuticas se van a utilizar es necesario valorar como incidirán en la calidad de vida de la persona.
- Orientar las políticas de distribución de recursos, especialmente en las enfermedades crónicas, para adaptarlas a las necesidades reales y optimizar el uso de los medios disponibles bajo criterios de costo-beneficio.
- Incrementar la calidad de la asistencia sanitaria; evaluar la calidad percibida del cuidado o la satisfacción con el mismo puede ser un indicador relevante para orientar las políticas de contratación y mantenimiento de personal y de servicios. En este sentido, se refuerza el papel activo del cliente o usuario.
- Introducir una terminología positiva para contrarrestar las expresiones negativas habituales: síntomas, enfermedad, tratamiento, etc.

Probablemente, el reto que todavía queda pendiente es el de estudiar la calidad de vida y los conceptos afines en las personas “sanas”. Esto permitiría disponer de más

información para diseñar programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales; en definitiva, promocionar la salud mental positiva de la población.

2.3.2 Prevención y promoción de la salud mental

La definición de los conceptos de promoción y prevención es compleja y los límites no quedan claros: ¿dónde termina la prevención y empieza la promoción? Desde una perspectiva comunitaria, casi todos los tipos de intervención son prevención: prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria. Como indican Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997):

“El discurso teórico de algunos aspectos de la teoría y práctica de la prevención parece cada vez más confuso. Por ejemplo, podemos mencionar la confusión teórica acerca de la noción de riesgo o el formular cuatro tipos de prevención (prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria). ... Esta introducción trivial y sin ninguna utilidad práctica de estos conceptos no aporta más que confusión, ambigüedad e imprecisión terminológica” (Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, 1997, pág. 62)

Desde esta perspectiva, todo es prevención; el término se está sobreutilizando y, por tanto, puede acabar perdiendo contenido. La mayoría de autores engloban la promoción dentro del concepto de prevención primaria que se define como: el conjunto de acciones dirigidas a promover la salud mental y a reducir la frecuencia de trastornos en la población, actuando anticipadamente sobre las causas y circunstancias que producen o favorecen dichos trastornos (Cabrero, 1998; Caplan 1985, 1993; Costa, 1994; Fernández y Nicemboim, 1998; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Kendrick y Burns, 1998; León, 1992; Linares, 1981; Piccione, 1991; Ruiz, 1982). Sin embargo, pensamos que integrar ambos términos en un macroconcepto puede inducir a fomentar la confusión conceptual.

Es evidente que en un sentido amplio el término prevención está implícito en todos los niveles de intervención: al tratar una enfermedad se está intentando reducir la duración del trastorno y evitar futuras complicaciones. Asimismo, cuando se trabaja en rehabilitación el objetivo es reducir el deterioro y prevenir una mayor disfuncionalidad. Es lo que Cabrero (1998) denomina prevención integral. Sin embargo, utilizando este mismo criterio, también se podría decir que en todos los niveles se hace promoción.

En este sentido, quizás resulta más clarificador mantener la perspectiva tradicional de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Prevenir la enfermedad y promover la salud son dos actividades distintas que, en ocasiones, pueden resultar complementarias o pueden compartir elementos comunes. Sin embargo, el objetivo de la prevención es evitar la enfermedad mientras que; la promoción conlleva una perspectiva dinámica y positiva de entrenar recursos y habilidades para potenciar la salud en la población sana (Turabian, 1992). Esta clasificación permite diferenciar los términos, enfatizando la connotación negativa de la prevención (que pretende prevenir la enfermedad) y resaltando el carácter positivo de la promoción (que pretende fomentar la salud).

La prevención ha realizado muchas aportaciones positivas a la sociedad y algunos programas han demostrado cierta eficacia. Por ejemplo, el Proyecto para la Prevención de la Depresión de San Francisco (ver Muñoz, 1997) o el Programa de Entrenamiento en Habilidades Personales, realizado en Nueva York, para prevenir el consumo de drogas en adolescentes (ver Amunátegui, 1997). Sin embargo, todavía hay muchas lagunas por resolver y grandes retos para afrontar. El objetivo de la prevención es muy prometedor pero, en muchos casos, es más un deseo que una realidad y en bastantes países del mundo continua siendo una esperanza que todavía tardará en materializarse. Los factores de riesgo y los factores protectores (que aumentan la probabilidad de mantener la salud) no se conocen con suficiente precisión y la mayoría de trastornos mentales son de etiología desconocida o de causalidad múltiple; por tanto faltan elementos básicos para el diseño de programas de intervención eficaces. Por otra parte, vivimos en una sociedad con múltiples riesgos, muchos de los cuales nos facilita la misma sociedad; nos encontramos ante paradojas como, por ejemplo, encontrar un bar en cada esquina cuando el alcohol es un factor de riesgo importante para la salud.

En muchas ocasiones el término prevención se utiliza con demasiada frivolidad para calificar proyectos cuya eficacia no ha sido demostrada y que, por tanto, sólo hipotéticamente están previniendo el trastorno. La escasez de estudios que cumplen los criterios metodológicos necesarios convierten la prevención en una disciplina con poco rigor científico (Rodríguez-López, 1997). En este sentido, Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997), indican que existen muchos proyectos de prevención que no han conseguido el éxito esperado o que han fracasado y es más fácil decir que se hace prevención que obtener realmente resultados exitosos. Además, la evaluación de la eficacia de los programas es un proceso lento y es necesario trabajar con muestras muy amplias de la población para poder demostrar los supuestos efectos (León, 1992; Segura, 1993).

El término prevención parece la panacea para todos los problemas. Los políticos la utilizan en sus discursos, los proyectos de investigación en cuyo título aparece el término prevención tienen más probabilidades de recibir subvenciones y la palabra “mágica” aparece en el título de algunos libros que no le dedican ni tan siquiera un subpunto del índice. Como indican Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997) en la página 63: “la prevención es un negocio lucrativo”. En la misma línea, Amunátegui (1997), en un capítulo sobre prevención de drogas en adolescentes, escribe que los programas de prevención en Estados Unidos:

“han provocado el desarrollo de una industria de prevención privada y lucrativa, que se basa en la venta de materiales educativos y de servicios ... esta industria emergente permanece poco reglamentada y tiene todavía que demostrar la valía de sus productos y servicios a través de una replicación independiente de sus propios estudios sobre efectividad” (Amunátegui, 1997, pág. 178-179).

La información disponible en el campo de la promoción es todavía más precaria y la mayoría de los problemas que afectan a la prevención se agravan cuando entramos en el ámbito de la promoción. Se conoce poco sobre la etiología de la enfermedad pero se conoce menos “la etiología de la salud”. Es decir, ¿por qué, entre la población “sana”, hay personas que tienen actitudes más positivas y disponen de más recursos y

habilidades que otras?. Asimismo, los datos sobre los factores de riesgo y los factores de protección son claramente insuficientes, pero ¿qué se sabe sobre los factores que favorecen la salud mental positiva?. Por tanto, se produce la contradicción de estar elaborando programas de promoción sin tener una infraestructura teórica que proporcione un marco conceptual de referencia y aporte las directrices necesarias.

Las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud mental deben ir dirigidas a potenciar las capacidades positivas del ser humano (Winett, Riley, King y Altman, 1993). Uno de los instrumentos básicos que puede utilizarse para la promoción es la educación para la salud positiva: transmitir conocimientos razonados, que permitan a las personas adoptar comportamientos y actitudes saludables por propio convencimiento y entrenar habilidades personales específicas como, por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas (Costa y López, 1986, 1996; Del Rey, 1998; Fortuny y Molina, 1998; García García, 1998; Page, 1982). La educación ha de ir dirigida fundamentalmente a potenciar actitudes que favorezcan la autodirección, la competencia y la autoconfianza. En este sentido, es necesario focalizar la atención en un modelo de promoción que fomente la salud mental positiva y el bienestar (Norton, 1998). Como indica Sánchez (1998, pág. 3): “lo positivo, refuerza lo positivo”

Por otro lado, muchos autores (Fernández-Ríos y Cornes, 1997; Geddes y Van der Horst, 1998; Norton, 1998; Segura, 1993; Stuijbergen y Rogers, 1997) vinculan los conceptos de promoción y calidad de vida. Asimismo, otro concepto que se está utilizando en los últimos tiempos, en algunos programas de promoción, es el de *empowerment*: sentimiento positivo de control de la propia salud que contribuye a mejorar el bienestar personal y fomenta la capacidad de decidir y actuar de forma autónoma (Angoyard y Renaud, 1998; Marquet, 1998). El grado de *empowerment* de las personas y de las comunidades puede considerarse como un indicador importante para evaluar el resultado de las medidas que se adoptan para promocionar la salud (Nutbeam, 1998). Esto implica un alto grado de participación comunitaria. En este sentido, la premio Nobel de la Paz, Rigoberta Menchú (1998), en la página 125, señala que:

“La participación ciudadana ... puede posibilitar que las comunidades se conviertan en gestadoras de sus propios proyectos y en impulsoras directas de las políticas para resolver sus problemas”.

Es necesario crear entornos favorables que faciliten conductas de salud (Jha, 1998) y, por tanto, hay que tener en cuenta los factores políticos, económicos, sociales y culturales al diseñar los programas de promoción (Turabian, 1995). En este sentido, la conferencia de Sundsvall en Suecia, realizada en la década de los 90, generó el concepto de “*ambientes de apoyo para la salud*” (Sáinz, 1997). Este concepto se refleja en algunos proyectos europeos.

Por ejemplo, el programa “Ciudades Saludables”, auspiciado por la Oficina Regional Europea de la OMS, que considera las ciudades como elementos clave para desarrollar políticas basadas en la promoción de la salud. Este proyecto tiene en cuenta los aspectos culturales, urbanísticos, ocupacionales, de diversión y de movilidad. Propone crear un medio ambiente favorable para el desarrollo del ser humano y, además, fomentar aptitudes personales que permitan adoptar estilos de vida saludables. La Red Europea de Ciudades Saludables está formada por 34 ciudades y se estructura en redes nacionales (por ejemplo, la española) y redes regionales (por ejemplo, la catalana). *La Xarxa Catalana de Ciutats Saludables* se creó en 1990 y agrupa un total de 40 municipios que trabajan en el desarrollo de programas para potenciar la salud y mejorar el medio ambiente (*Federació de Municipis de Catalunya*, 1995).

Por otra parte, algunos autores proponen vincular la promoción de la salud con los derechos humanos; desde ambas perspectivas la meta principal es alcanzar el máximo bienestar posible de todos los ciudadanos. Además, muchos de los principios planteados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos guardan una estrecha relación con la salud, tanto a nivel físico como mental (García, 1998; Jiménez, 1998).

La Organización Mundial de la Salud defiende, especialmente desde la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata en 1978, el concepto de promoción (Alvarez,

1998; Del Rey 1998; Deschamps, 1998; Leger, 1997; OMS, 1978; Sáinz, 1997; Valtueña, 1998). En este sentido, en la última Asamblea Mundial, celebrada en 1998, aprobó la resolución sobre promoción de la salud formulada en la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada por la propia OMS, en Yakarta en 1997 (O'Byrne, 1998). Igualmente se aprobó el nuevo documento político, *Salud para Todos en el siglo XXI*, en el que se declara que:

“La Salud para Todos es una visión que reconoce a una única humanidad y de ahí la necesidad de promover la salud y de aliviar los males y el sufrimiento de manera universal en un espíritu de solidaridad” (O'Byrne, 1998, pág. 118).

La declaración de Yakarta establece cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social a favor de la salud
- Aumentar la inversión para desarrollar la salud
- Fortalecer y ampliar el poder de las asociaciones ciudadanas
- Aumentar las aptitudes y los medios de la comunidad y responsabilizar a los individuos
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

Otra entidad importante en este ámbito, muy vinculada a la OMS, es la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES); la única Organización No Gubernamental (ONG) a nivel mundial enteramente dedicada a la promoción de la salud y a la educación sanitaria (Hagard, 1998; Nyamwaya, 1998).

La UIPES, en la XVI Conferencia Mundial, celebrada en 1998 en Puerto Rico, indica que el estado de salud mundial continua determinado por fuerzas sociales de orden político-económico y que las previsiones de futuro apuntan hacía un incremento de los problemas de salud mental. Por tanto, enfatiza la necesidad de que exista una implicación multidisciplinar en la promoción de la salud (Arroyo, 1998). Asimismo, defiende la importancia de invertir más en promoción para conseguir cambios positivos en la salud de las personas, comunidades y poblaciones.

En definitiva, la filosofía de la prevención y de la promoción está inmersa en la sociedad actual y se está trabajando en diversos “macro programas internacionales” que recogen las recomendaciones de la OMS y de la UIPES. Por ejemplo, el programa “Ciudades Saludables” (comentado anteriormente), la “Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud”, el “Programa europeo de prevención del estrés en profesores de secundaria” o el “Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-EUROPREV”. Asimismo, existen iniciativas de carácter más local y puntual como, por ejemplo, la “Red de pacientes con recursos de salud positiva” (realizado en un centro de atención primaria de Toledo) o el programa de “*Tècniques d’autocontrol i d’actuació interpersonal*” que se aplica en la *Escola de Policia de Catalunya* (Ciurana, 1998; García García, 1998; González, Espasa, Artazcoz y Moncada, 1999; Martín, Martín-Rabadán y Brotons, 1997; Segura y Martín, 1998; Subías, Martín-Rabadán y Maymó, 1997; Tizón, Ciurana, Buitrago, Camón, Chocron, Fernández y Montón, 1997; Turabian, Pérez-Franco, Baltuille, García y Rodríguez, 1997).

Sin embargo, en muchas ocasiones la prevención y especialmente la promoción se limitan a una declaración de intenciones sin que se traduzcan a acciones concretas. Por tanto, hay que potenciar la investigación “básica”, promover el diseño de programas, mejorar la formación de los equipos asistenciales, realizar estudios con rigor metodológico para evaluar la eficacia de las intervenciones y, en definitiva, como indica la UIPES, invertir mucho más en la vertiente positiva de la salud.

CAPITULO 3: EVALUACION DE LA SALUD MENTAL

En este capítulo revisamos y analizamos algunos de los principales instrumentos de medición que se utilizan en el campo de la salud mental. Los objetivos no son definir las bases teóricas de estos cuestionarios sino presentar una visión global de lo que en la actualidad se está trabajando en el campo de la evaluación.

El capítulo se estructura en cuatro apartados. En el primero describimos las principales funciones de la clasificación y las ventajas e inconvenientes que generan los modelos dimensionales y categoriales. También se comentan las nosologías psiquiátricas oficiales (*Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados-CIE* y *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM*) y los instrumentos estandarizados que las mismas han generado. Los métodos estandarizados de medición presentan inconvenientes, vinculados especialmente a la complejidad de su aplicación e interpretación, pero favorecen la realización de estudios comparativos y replicables.

En el segundo apartado se presenta una muestra de las múltiples escalas que puede utilizar el clínico para medir algunos trastornos psicológicos específicos como esquizofrenia, ansiedad, depresión, etc.

En el tercer apartado se cita una relación de cuestionarios que evalúan aspectos como salud general, funcionalidad, salud social, calidad de vida, satisfacción o bienestar psicológico. La revisión de la bibliografía muestra que no existe, o al menos no hemos localizado, ninguna escala diseñada específicamente para evaluar la salud mental positiva. Por otra parte, los instrumentos que miden términos que pueden considerarse afines (calidad de vida, bienestar psicológico o satisfacción) en general están

concebidos desde el modelo de enfermedad (presencia/ausencia de sintomatología) y se aplican en poblaciones clínicas (por ejemplo, calidad de vida en pacientes psicóticos). Cuando se utilizan para explorar el nivel de salud mental de la población general, el objetivo fundamental es diferenciar entre personas sanas y enfermas más que evaluar salud mental positiva.

En la última parte del capítulo se describen con cierto detalle algunas de las escalas que, al menos parcialmente, contemplan conceptos positivos de salud. Para seleccionarlas hemos aplicado uno o varios de los siguientes criterios: contenido de los ítems, factores que evalúan, frecuencia con la que se utilizan en el campo de la salud mental y existencia de estudios psicométricos sólidos.

3.1 LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN SALUD MENTAL

La clasificación, como procedimiento, forma parte del quehacer científico general y constituye el método tradicional para organizar, comprender y transmitir la información (Baumann, 1994; Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert, 1990; Lemos, 1995; Mezzich y Roca, 1992; Sadock y Kaplan, 1997; Zubin, 1991). En el ámbito de la salud mental, los sistemas clasificatorios han recibido un fuerte impulso en este siglo y, actualmente, tienen un papel significativo tanto en el trabajo clínico como en la investigación.

Los especialistas han elaborado diversos sistemas clasificatorios que se revisan periódicamente y permiten ordenar y organizar los fenómenos psicopatológicos que se observan en la práctica asistencial. Estas clasificaciones dotan al clínico de un instrumento para aumentar la precisión de los diagnósticos y permiten al investigador contar con criterios operativos y unificados que facilitan la realización de estudios comparativos (Alarcón, 1995; Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert, 1990; Lemos, 1995).

La nomenclatura utilizada en las clasificaciones tiene sus particularidades. Así, la palabra “enfermedad” (cuyo significado conlleva connotaciones etiológicas) se sustituye por el término “trastorno”. Este cambio está plenamente justificado puesto que las clasificaciones actuales en salud mental, están basadas en la sintomatología y

no en la etiología (Mezzich y Roca, 1992; Rojo, 1997). Por otra parte, encontramos los términos clasificación, nosología y taxonomía que a pesar de que tienen algunas matizaciones diferentes, en la práctica se utilizan, en general, de forma indistinta y como sinónimos (Handlarz, 1989; Lemos, 1995; Rojo, 1997; Vallejo, 1998)

3.1.1 Tipos de clasificaciones

Existen dos “modelos” básicos de clasificación: el modelo categorial, que se fundamenta en criterios disyuntivos y cuyas entidades son de tipo discreto, autónomo y separables; y el modelo dimensional, basado en criterios de continuidad e interrelación. A continuación, se comentan las principales ventajas e inconvenientes de cada tipo de clasificación (Lemos, 1995; Mezzich y Roca, 1992; Rojo, 1997; Sadock y Kaplan, 1997).

CLASIFICACIONES CATEGORIALES	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Facilitan la comunicación entre los distintos profesionales, unificando el lenguaje. - Son fáciles de memorizar. - Se adaptan bien a los requerimientos de carácter organizativo-institucional (administración asistencial, archivo de historias clínicas, planificación de servicios, etc.). - Facilitan la elaboración de diseños de investigación y la realización de estudios epidemiológicos. - Integran los diversos síntomas que presenta la persona en una configuración única. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuyen a mantener la falacia de que los trastornos psicopatológicos son entidades discretas, cuando en realidad, para la mayoría de los casos, las estructuras categóricas son sólo sistemas útiles para organizar las observaciones. - Plantean la duda de si las categorías son artificiales o bien derivadas empíricamente y, por tanto, existe el riesgo de imponer a los datos una estructura que tal vez no exista. - La necesidad de que las categorías tengan un número limitado de características aumenta las probabilidades de perder o despreciar información. - El número y la diversidad de las categorías suele ser muy inferior al de las diferencias interindividuales apreciadas en la práctica diaria.

CLASIFICACIONES DIMENSIONALES	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Permiten interpretar la psicopatología y la normalidad como extremos de un continuo y no como fenómenos separados. - Generan una pérdida mínima de información; pueden realizarse combinaciones de los diferentes atributos en representaciones multifactoriales, utilizando pruebas estadísticas, como por ejemplo, análisis factoriales o escalamientos multidimensionales. - Aportan más información clínica porque registran atributos que podrían estar debajo del umbral en un sistema categorial. - Permiten detectar con más facilidad los cambios experimentados por los sujetos, bien sean espontáneos, bien como resultado de un tratamiento. - Al clasificar los cuadros clínicos en base a la cuantificación de atributos en lugar de asignarlos a categorías, permiten describir mejor los fenómenos continuos y que no tienen límites claros. Igualmente, facilitan la asignación de los casos atípicos. - Son más aplicables desde el ámbito de la normalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde el punto de vista conceptual resulta difícil aceptar la continuidad entre salud y enfermedad. - Las descripciones dimensionales de los trastornos mentales se utilizan menos y, por tanto, son más difíciles de aprender. - Es difícil determinar el número de dimensiones necesarias para representar los problemas psicológicos. El número de dimensiones puede modificar la visión del cuadro: si se utilizan muchas se generan esquemas muy complicados y si se consideran pocas se puede caer en descripciones reduccionistas. - Para la clínica y la investigación pueden resultar menos útiles porque los problemas están poco delimitados.

La mayoría de autores consideran que los dos tipos de clasificaciones son complementarios. En este sentido, las actuales taxonomías (estructuradas por categorías) introducen sistemas multiaxiales que suponen un acercamiento hacia la dimensionalidad de la salud-enfermedad (Baumann, 1994; Rojo, 1997; Zubin, 1991).

3.1.2 Sistemas clasificatorios actuales: CIE-10 y DSM-IV

Los antecedentes contemporáneos de las clasificaciones actuales los encontramos en la obra del psiquiatra Kraepelin (1856-1926), cuya influencia todavía persiste. El movimiento neo-kraepeliano, surgido en los años 70, tiene una relevancia notable en los sistemas clasificatorios actuales. Sin embargo, en las últimas décadas han proliferado las clasificaciones de tipo sintomático y se han abandonado las clasificaciones tradicionales de carácter sindrómico. Las dos grandes asociaciones científicas mundiales en materia de salud mental (la Asociación Psiquiátrica Americana -APA- y la Organización Mundial de la Salud -OMS) se han hecho eco de este movimiento y han "oficializado" sistemas clasificatorios internacionales, con validez legal y científica reconocida.

Desafortunadamente, no se ha podido establecer un sistema clasificatorio único y coexisten dos grandes nosologías: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM* (elaborado por la comunidad científica americana) y la *Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados- CIE* (desarrollado en Europa). Estos sistemas clasificatorios se han revisado y modificado periódicamente: el DSM esta en su cuarta edición y la CIE en la décima.

En cada nueva edición se avanza más hacia la unificación de los criterios diagnósticos. En este sentido, según Vázquez (1990), es el DSM el que ha hecho los mayores esfuerzos para ajustarse al sistema CIE. De hecho, en la actualidad, ambos sistemas son bastante compatibles, tanto en el tipo de trastornos que recogen como en los criterios operativos que utilizan para definirlos (Herrán, Sierra-Biddle y Vázquez-Barquero, 1999).

Por ejemplo, Lindström, Widerlöv y Von Knorring (1997) realizaron un estudio sobre la prevalencia de la esquizofrenia en un condado del norte de Suecia, utilizando paralelamente los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV. Los resultados indicaron que ambas clasificaciones permiten la comparación de resultados, aunque proporcionan estimaciones de prevalencia algo diferentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) solicita a todos los países miembros que utilicen sistemas diagnósticos congruentes con la clasificación oficial (CIE), con el objetivo de realizar estudios epidemiológicos y recoger datos estadísticos nacionales e internacionales. Asimismo, el sistema clasificatorio que tiene el reconocimiento oficial de las compañías internacionales de seguros es el de la OMS (Sadock y Kaplan, 1997).

Características generales

A continuación se describen las características básicas de los dos grandes sistemas clasificatorios actuales. Para ello, hemos utilizado los manuales originales y las aportaciones de los siguientes autores: Alarcón (1995), Herrán, Sierra-Biddle y Vázquez-Barquero (1999), Jarne (1996), Lemos (1995), Mezzich (1997), Mezzich y Roca (1992), Rojo (1997), Sadock y Kaplan (1997).

	DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)	CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades- Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento)
Año de publicación	1994	1992
Tipo de codificación	Numérica. Cada entidad clínica se identifica por un código de 4 dígitos; en ocasiones se añade un quinto dígito para codificar subtipos y modificadores del trastorno.	Alfanumérica: una letra inicial -la F para los trastornos mentales- seguida de hasta 4 números. Los 2 primeros son de carácter internacional.
Nº de ediciones publicadas (hasta la actual)	Cinco, ya que se publicó una revisión de la tercera (DSM-III-R).	Diez, pero las enfermedades mentales no adquieren un papel relevante hasta la 8ª edición (publicada en 1968).
Año de publicación de la 1ª edición	1952	Los orígenes de la CIE se remontan al año 1883. Sin embargo, en 1948 al fundarse la OMS y asumir la preparación de la CIE-6, aparece por primera vez la enfermedad mental con una categoría propia: enfermedad y deficiencia mental.

<p>Documen- tos que lo componen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales - Un breviario con criterios diagnósticos - Un libro de casos - Un manual de diagnóstico diferencial - Un manual diagnóstico para atención primaria - Una guía de entrevista clínica 	<ul style="list-style-type: none"> - Un manual de descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico - Una guía con criterios diagnósticos para investigación - Un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y para el diagnóstico - Una clasificación simplificada para asistencia primaria - Un breve glosario para administrativos, codificadores no profesionales y para hacer comparaciones con otras clasificaciones
<p>Enfoque conceptual</p>	<p>Descriptivo y ateórico. No hace planteamientos teóricos acerca de la etiología, enfoque o tratamiento. Describe las manifestaciones clínicas, proporcionando criterios diagnósticos específicos para cada alteración mental.</p>	<p>Descriptivo y ateórico. Aunque de una manera muy básica, la etiología forma parte de la estructura, considerada en términos de: origen orgánico, relacionado con sustancias o relacionado con el estrés.</p>
<p>Descripción del trastorno</p>	<p>Cada trastorno tiene la siguientes estructura descriptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criterios diagnósticos - Rasgos y trastornos asociados - Rasgos específicos relacionados con la edad, la cultura o el sexo - Prevalencia, incidencia y riesgo - Curso clínico - Complicaciones - Factores predisponentes - Patrón familiar - Diagnóstico diferencial 	<p>Cada trastorno se acompaña de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de características clínicas principales - Descripción de características clínicas secundarias - Pautas para el diagnóstico (número y síntomas específicos que se requieren para un diagnóstico fiable)
<p>Nº de clasifica- ciones</p>	<p>Hay 17 categorías diagnósticas principales y 366 alteraciones específicas (o categorías diagnósticas).</p>	<p>Contiene 21 capítulos que cubren todo el espectro médico. En el capítulo V se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento. Esta estructurado en 10 categorías diagnósticas principales que incluyen 100 categorías diagnósticas mayores que, a su vez, agrupan a 329 entidades clínicas individuales.</p>

<p>Normas específicas para el diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando la información es insuficiente propone los términos de diagnóstico diferido o provisional. - Cuando el cuadro clínico o la anamnesis no reúnen todos los criterios de una categoría se habla de diagnóstico atípico, residual o no especificado dentro de la categoría general. - Cuando coexisten más de un diagnóstico (diagnóstico múltiple) se indica en primer lugar el diagnóstico principal. 	<ul style="list-style-type: none"> - La consistencia del diagnóstico puede variar desde diagnóstico seguro hasta provisional o tentativo (catalogación que depende mucho del juicio clínico). - Permite, y hasta alienta, la inclusión de diagnósticos múltiples, dando preferencia al que motivo la consulta o al diagnóstico de fondo.
<p>Estructura multiaxial</p>	<p>Tiene 5 ejes</p>	<p>Tiene 3 ejes</p>
<p>Apéndices</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un apéndice de síndromes relacionados con la cultura donde se intenta considerar la influencia cultural y étnica en el diagnóstico y la evaluación de los trastornos psiquiátricos. - Un apéndice denominado "grupos de criterios y ejes propuestos para estudio ulterior". En él se incluyen las nuevas categorías propuestas que se consideran controvertidas o con información insuficiente. - Un apéndice que enumera los códigos correspondientes de la CIE-10 para los trastornos del DSM-IV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un apéndice sobre "Otros trastornos somáticos que se asocian con frecuencia a trastornos mentales y del comportamiento".

Características específicas

A continuación, se describen las características principales de los distintos ejes que configuran los sistemas clasificatorios oficiales (DSM-IV y CIE-10)

Características de los ejes del DSM-IV

Eje I: Comprende síndromes clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II: Abarca trastornos de la personalidad y retraso mental. En este eje puede indicarse el uso habitual de un mecanismo de defensa particular

Eje III: Enumera las alteraciones físicas o enfermedades médicas. La enfermedad física puede ser causa, consecuencia o no estar relacionada con el trastorno mental.

Eje IV: Se utiliza para codificar los problemas psicosociales y ambientales que contribuyen, de manera significativa, al desarrollo o exacerbación del problema actual.

Eje V: Proporciona información acerca del nivel global de funcionamiento del paciente, facilita el diseño del plan terapéutico y ayuda a evaluar los resultados.

NOTA: Los dos primeros ejes abarcan la clasificación completa de los trastornos mentales. En muchos casos se describen problemas en ambos ejes (eje I y Eje II)

Características de los ejes de la CIE-10

Eje I: Diagnósticos clínicos. Engloba todos los trastornos.

Eje II: Incapacidades. Valora las consecuencias de la enfermedad en términos de deterioro de los roles sociales básicos, considerando cuatro dimensiones: 1) cuidado personal; 2) actividades ocupacionales (trabajo remunerado, escolaridad o actividades domésticas); 3) actividades familiares (valora la regularidad y calidad de las interacciones con familiares y personas con las que convive) y 4) comportamiento social más amplio (interacción con otros individuos, la comunidad y actividades de tiempo libre).

Eje III: Factores contextuales. Intenta ilustrar el contexto de la enfermedad en términos de varios dominios ecológicos. Incluye la valoración de los siguientes aspectos: familia o grupo de apoyo primario, ambiente social en general, educación, empleo, vivienda y circunstancias económicas, temas legales, antecedentes médicos familiares, enfoque de la existencia y estilo de vida. La valoración de estos parámetros comprende la identificación de categorías más amplias y el registro de factores específicos. Esta estructura se fundamenta en el capítulo XXI (factores que afectan el estado de salud y el contacto con los servicios médicos) de la CIE-10.

Instrumentos de evaluación diagnóstica

Estos sistemas clasificatorios han generado la elaboración de instrumentos de evaluación (básicamente entrevistas estructuradas) dirigidos a obtener datos compatibles con las categorías diagnósticas establecidas. En el diseño de estos instrumentos también se refleja la filosofía de unificar criterios y el principio de compatibilidad. Inicialmente cada entidad (APA y OMS) elaboró sus propias escalas de medición pero, en la actualidad, algunas son compatibles con ambos sistemas clasificatorios (DSM-IV y CIE-10). A continuación, se presentan las principales entrevistas diagnósticas.

Instrumentos Estandarizados de Evaluación Psiquiátrica de la CIE-10 y del DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> - Examen del Estado Mental Actual (Present State Examination, PSE) de Wing, Cooper y Sartorius (1974). Tiene adaptado un programa informático, denominado CATEGO, para la ordenación de datos y la estructuración de diagnósticos. - Inventario de la Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS) de Robin, Hetzer, Croughan y Ratcliff (1981). - Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID) de Spitzer, Williams, Gibbon y First (1987; 1992) - Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) de WHO-Versión 1.0 (1990); WHO-Versión 2.1 (1997); Wittchen (1994) - Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta- Forma Breve (Composite International Diagnostic Interview Short Form, CIDI-SF) de Kessler, Andrews, Mroczek, Ustun y Wittchen (1999, citada en Kessler, 1999). - Inventario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) (WHO, 1992) - Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) de Lecubrier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Sheehan, Janavs y Dunbar (1998). <p>Para la evaluación del Eje V del DSM-IV se utilizan las siguientes escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Evaluación de la Actividad Global (Global Activity Assessment, GAS) de Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J. y Cohen, J. (1976) - Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (SOFAS) de Goldman, Skodol y Lave (1992) - Escala de Evaluación Global de la Actividad de Relación (GARF) de American Psychiatric Association (1994) - Escala de la Actividad Defensiva, de American Psychiatric Association (1994).

3.1.3 Críticas a los sistemas clasificatorios oficiales y perspectivas futuras

Una de las principales críticas que reciben las clasificaciones oficiales es la ausencia de un cuerpo teórico y de una base etiológica que catalice el avance y la profundización en el conocimiento de la enfermedad mental (Rojo, 1997; Vallejo, 1998). Asimismo, los sistemas clasificatorios oficiales están sometidos a cambios y revisiones periódicas que, en ocasiones, se producen sin el tiempo necesario para que los conocimientos se sedimenten y, además, sin que la investigación aporte los datos suficientes para justificar con rigor científico las modificaciones que se realizan. Además, para algunos autores, estos cambios pueden dificultar la comparación entre estudios realizados en diferentes periodos.

Sin embargo, una investigación reciente, llevada a cabo en Dinamarca, sobre la concordancia entre pacientes diagnosticados de trastorno afectivo según la clasificación CIE-8 (en el año 1993) y según la CIE-10 (en el año 1994), indica que las discrepancias entre ambas taxonomías son mínimas (Kessing, 1999). El mismo autor cita otros estudios sobre concordancia/discrepancia entre diversas revisiones de una misma clasificación (por ejemplo, CIE-8 con CIE-9) y entre los dos sistemas clasificatorios oficiales (por ejemplo, CIE-8 con DSM-III) señalando que, en general, las diferentes versiones mantienen una cierta línea de continuidad (Kessing, 1999).

Por otro lado, algunos autores consideran que existen problemas en la fiabilidad y la validez de los diagnósticos, debidos a la definición poco clara de algunos criterios clasificatorios y a la diversidad de técnicas e instrumentos de evaluación disponibles (ver página 94). Para solucionar este problema, al menos en parte, se está trabajando en la validación de instrumentos estandarizados de recogida de datos que permitan aumentar los niveles de fiabilidad y validez diagnóstica (Regier, Kaelber, Rae, Farmer, Knauper, Kessler y Norquist, 1998; Rubinson y Asnis, 1991).

En este sentido destacan los estudios recientes de Sheehan, Lecubrier, Harnett, Janavs, Weiller, Keskiner, Schinka, Knapp, Sheehan y Dunbar (1998) y Lecubrier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Harnett, Janvs y Dunbar (1998), acerca de la valoración psicométrica de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI) estructurada según criterios del DSM-III-R. Igualmente, cabe enfatizar los

estudios que se están realizando para validar la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), con criterios diagnósticos tanto del DSM-IV como de la CIE-10 (Cooper, Peters y Andrews, 1998).

Las tendencias actuales de desinstitucionalización y de atención comunitaria incrementan el papel que juegan los servicios de asistencia primaria en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales. Por tanto, como hemos apuntado anteriormente, los profesionales (médicos de familia y enfermeras comunitarias), que no están formados específicamente en el campo de la salud mental, son y serán cada vez más las piezas claves del sistema de atención sanitaria en la detección y el abordaje inicial de los problemas de salud mental. Por ello, será necesario elaborar clasificaciones diagnósticas más manejables y sencillas. De hecho, siguiendo esta línea, los sistemas DSM-IV y CIE-10 han incorporado ya un manual específico para utilizar en atención primaria. Asimismo, hay que potenciar el desarrollo y el perfeccionamiento de sistemas de clasificación y evaluación computarizados (en la línea, por ejemplo, del programa CATEGO) y conseguir que estos programas se implanten progresivamente como una herramienta más del quehacer cotidiano en el ámbito asistencial.

Probablemente en el futuro se avanzará en el conocimiento de la etiología de los trastornos mentales y esto conllevará replanteamientos y modificaciones sustanciales en los sistemas clasificatorios actuales. También resulta interesante la propuesta que hacen algunos autores de profundizar en la aplicabilidad de las taxonomías en distintas culturas. Es evidente que las formas de manifestación de los trastornos mentales (frecuencia, expresión, evolución o pronóstico) pueden presentar diferencias en función de las estructuras idiosincrásicas de cada sociedad. (Marsella y Kameoka, 1991; Thakker y Ward, 1998). Por último, es conveniente continuar trabajando en la simbiosis de los modelos categoriales y dimensionales de clasificación y en la combinación de los enfoques idiosincrásico y nomotético.

3.2 ESCALAS PARA LA EVALUACION CLINICA DE TRASTORNOS PSICOLOGICOS ESPECIFICOS

Las escalas para evaluar patología psíquica específica se utilizan para obtener información detallada del tipo, características y evolución clínica del trastorno, reforzar el diagnóstico criterial, predecir la respuesta al tratamiento y evaluar el cambio.

En este apartado se presenta una muestra de las escalas que se citan con mayor frecuencia en la bibliografía y que se aplican habitualmente, en el campo asistencial y en la investigación, para evaluar algunos de los trastornos más frecuentes.

a) Escalas para evaluar la depresión

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung (<i>Zung's self Rating depression Scale</i> , ZSRDS).	Zung (1965) Adaptación española: Conde, Escribá e Izquierdo (1970)
Escala de Depresión de Hamilton (<i>Hamilton Depression Scale</i> , HDS)	Hamilton (1960; revisada en 1967). Adaptación española (versión autoaplicada): Conde y Franch (1984)
Inventario para la Depresión de Beck (<i>Beck Depression Inventory</i> , BDI)	Beck (1961; revisado en 1979). Adaptación española: Conde y Useros (1975)
Lista de Adjetivos para la Depresión (<i>Depression Adjective Checklist</i> , DACL)	Lubin (1965). Revisada por Zuckerman y Lubin (1985). Adaptación española: Avila (1986)
Escala de Valoración de la Depresión de Montgomery-Asberg (<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i> , MADRS)	Montgomery y Asberg (1979)
Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota-Escala de Depresión (<i>Minnesota Multiphasic Inventory of Personality-Depression Scale</i> , MMPI-D)	Hataway y McKinley (1943) Versión renovada MMPI-D: Graham (1990)
Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (<i>Center for Epidemiological Studies, Depression Scale</i> , CES-D)	Radloff (1977)
Escala de Carroll para la depresión (<i>Carroll Rating Scale for Depression</i> , CRS)	Carroll, Feinberg, Smuouse, Rawson y Greden (1981).

b) Escalas para evaluar la ansiedad

Las escalas que señalamos a continuación se aplican para evaluar el **trastorno de ansiedad generalizada**.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Ansiedad de Hamilton (<i>Hamilton Anxiety rating Scale</i> , HARS)	Hamilton (1959) Adaptación española (versión autoaplicada): Conde y Franch (1984)
Inventario de Ansiedad de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory</i> , BAI)	Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (<i>State/Trait Anxiety Inventory</i> , STAI)	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).
Escalas de Crisis de Angustia y Ansiedad (<i>Sheehan Panic and Anxiety Attack Scales</i> , SPRAS)	Sheehan (1983).
<i>Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad</i> (ISRA)	Miguel y Cano (1988).
Inventario de Preocupación (<i>Penn State Worry Questionnaire</i> , PSWQ)	Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990)
Escala de Evaluación de las expectativas generalizadas de regulación del estado de ánimo negativo	Catanzaro y Mearns (1990)

Existen también escalas que evalúan trastornos de ansiedad como **agorafobia, fobias específicas o fobia social**.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Cuestionario de Sensaciones Psicofisiológicas y Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (<i>Body Sensations Questionnaire-BSQ and Agoraphobic Cognitions Questionnaire - ACQ</i>)	Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984).
Inventario de Movilidad (<i>Movility Inventory</i> , MI)	Chambless, Caputo, Jasin, Gracel y Williams (1985).
Inventario de Agorafobia (IA)	Echuburúa, Corral, García, Páez y Borda (1992).
Inventario de Temores (<i>Fear Survey</i> , FS)	Wolpe y Lang (1964)
Cuestionario de miedos (<i>Fears Questionnaire</i> , FQ)	Marks y Mathews (1979).
Escala de Ansiedad y Evitación Social (<i>Social Avoidance and Distres</i> , SAD)	Watson y Friend (1969) Adaptación española: Girodo (1980) y Caballo (1987)

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (<i>Fear of Negative Evaluation</i> , FNE)	Watson y Friend (1969) Adaptación española: Girodo (1980) y Caballo (1987)
Inventario de Ansiedad y Fobia Social (<i>Social Phobia and Anxiety Inventory</i> , SPAI)	Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989).
Inventario de Ansiedad Social (<i>Social Anxiety Inventory</i> , SAI)	Richardson y Tasto (1976)
Auto-Informe de Ansiedad Social y Habilidad Social (<i>Social Skill and Social Anxiety Self-Report</i> , SKSASR)	Curran, Corriveau, Monti y Hagerman (1980)
Escala de Ansiedad de Interacción y de Hablar en Público (<i>Interaction and Audience Anxiousness Scales</i> , IAAS)	Leary (1983)
Inventario de Situaciones Interpersonales (<i>Inventory of Interpersonal Situations</i> , IIS)	Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999)

c) Escalas para evaluar la ansiedad y la depresión

Hay autores, como por ejemplo Hamilton o Beck que han elaborado escalas independientes para evaluar ambos trastornos. Sin embargo, también existen cuestionarios que los valoran de forma conjunta, intentando discriminar entre ansiedad y depresión. Dos de las más utilizadas son:

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Síntomas de Ansiedad y Depresión (<i>Symptoms of Anxiety and Depression Scale</i> , SAD)	Bedford, Foulds y Sheffield (1976)
Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> , HAD)	Zigmond y Snaith (1983)

d) Escalas para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Inventario de Obsesiones de Leyton (<i>Leyton Obsessional Inventory</i> , LOI)	Cooper (1970)
Lista de Chequeo de Actividad Compulsiva (<i>Compulsive Activity Checklist</i> , CAC)	Philpott (1975)
Cuestionario Obsesivo-Compulsivo de Lynfiels (<i>The Lynfiels Obsessional-Compulsive Questionnaire</i> , LOCQ)	Allen y Tune (1975)
Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (<i>Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory</i> , MOCI)	Hogson y Rachman (1977)
Inventario de Actividades Compulsivas (<i>Compulsive-Activity Checklist</i> , CAC)	Mawson, Marks y Ramm (1982) Adaptación española: Raich (1988)
Inventario de Padua (<i>Padua Inventory</i> , PI).	Sanavio (1988)

e) Escalas para evaluar la esquizofrenia

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve (<i>Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS</i>)*	Overall y Garham (1962)
Lista de Chequeo de Síntomas 90 (<i>Symptom Checklist 90, SCL-90</i>)*	Derogatis, Lipman y Covi (1973). Revisada por Derogatis (1983).
Escala de Evaluación Global (<i>Global Assessment Scale, GAS</i>)*	Endicott, Spitzer y Fleiss (1976)
Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos y Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (<i>Scale for the Assessment of Positive Symptoms-SAPS and Scale for the Assessment of Negative Symptoms-SANS</i>)	Andreasen (1982)
Escala de Síntomas Positivos y Negativos (<i>Positive and Negative Symptom Scale, PANSS</i>)	Kay, Opler y Lindenmayer (1989)
Breve Inventario de Síntomas (<i>Brief Symptom Inventory, BSI</i>)	Derogatis (1993)

*Son instrumentos que se utilizan también en la evaluación de otros trastornos mentales, pero tienen una elevada sensibilidad para valorar aspectos específicos de la esquizofrenia.

f) Escalas para evaluar alcoholismo y otras drogodependencias

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Cuestionario CAGE (<i>CAGE Questionnaire</i>)	Mayfield, McLeod y Hall (1973)
Test de Alcoholismo de Michigam (<i>Michigam Alcoholism Screening Test, MAST</i>)	Selzer (1971)
Inventario sobre el Uso del Alcohol (<i>Alcohol Use Inventory, AUI</i>)	Horn, Wanberg y Foster (1983)
Escala de Dependencia al Alcohol (<i>Alcohol Dependence Scale, ADS</i>)	Skinner y Horn (1984)
Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT</i>)	Babor, De la Fuente, Saunders y Grant (1989); Allen y Columbus (1995)
Escala de Síndrome de Abstinencia (<i>Shiffman-Jarvic Withdrawal Scale, SJWS</i>)	Shiffman y Jarvik (1976)
Cuestionario de Tolerancia de Fagerström (<i>Fagerström Tolerance Questionnaire, FTQ</i>)	Fagerström (1978)
<i>Escala de Dependencia del Cigarrillo</i>	Sabogal, Otero-Sabogal, Marin, Marin y Perez-Stable (1989)
Test de Evaluación del Consumo de Drogas (<i>Drug Abuse Screening Test, DAST</i>)	Skinner (1982)
Inventario de Actitudes hacia la Droga (<i>Drug Attitude Inventory, DAI</i>)	Hogan, Awad y Eastwood (1983)
Escala de Dependencia al Tabaco (<i>The Tobacco Dependence Screener, TDS</i>)	Kawakami, Takatsuka, Inaba y Shimizu (1999)

g) Escalas para evaluar los trastornos alimentarios

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Restricción (<i>Restraint Scale</i> , RS)	Herman y Mack (1975)
Test de Actitudes Alimentarias (<i>Eating Attitudes Test</i> , EAT)	Garner y Garfinkel (1979) y Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel (1982, versión reducida)
Inventario de Trastornos Alimentarios (<i>Eating Disorders Inventory</i> , EDI)	Garner, Olmstead y Polivy (1983)
Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo (<i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i> , BITE)	Henderson y Freeman (1987)
Cuestionario de Obesidad Relacionada con Bienestar (<i>The Obesity Related Well-Being Questionnaire</i> , ORWELL)	Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras y Rotella (1999)

3.3 ESCALAS PARA LA EVALUACION DE LA SALUD

Las dificultades para definir el concepto de salud mental hacen difícil encontrar un sistema válido para clasificar los múltiples instrumentos de evaluación existentes. La mayoría de autores consultados clasifican las escalas utilizando una combinación de los siguientes apartados: salud general, funcionalidad, salud social, calidad de vida, satisfacción y bienestar psicológico. Estas clasificaciones resultan coherentes a nivel teórico, o sobre el papel, pero problemáticas en la práctica

Algunos términos están tan interrelacionados que resulta difícil clasificarlos. Por ejemplo, la evaluación de la capacidad funcional para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana está íntimamente vinculada a la valoración de la calidad de vida desde una perspectiva de funcionalidad. Igualmente, ésta categoría está relacionada con la salud social, tanto en el sentido de adaptación y ajuste como desde la perspectiva de capacidad de interacción social.

Por otro lado, el nombre de los cuestionarios está ligado a la propia evolución terminológica de los conceptos vinculados a la salud. Por ejemplo, las escalas para valorar el impacto de la enfermedad han estado etiquetadas, en función del momento

histórico, como escalas para evaluar la funcionalidad, la salud general y, en los últimos tiempos, la calidad de vida.

Otra dificultad a la hora de clasificar las escalas está en la divergencia entre el título y el contenido ya que, en ocasiones, no coinciden. Además, en muchos casos, la misma escala ha sido aplicada a diversas poblaciones (sanas y enfermas) y con diferentes objetivos, por lo que resulta difícil ubicarla dentro de un apartado concreto.

Por tanto, en la práctica hay discrepancias entre los diferentes autores a la hora de clasificar una escala en una u otra categoría. Por ejemplo, Bowling (1996) clasifica la escala de Equilibrio Afectivo de Bradburn (1965) en el apartado de “medidas de satisfacción y estado de ánimo” mientras Lemos (1996) la sitúa en la categoría de “evaluación de riesgos para la salud”.

Teniendo presente ésta complejidad y tras reflexionar sobre el contenido del material recopilado hemos optado, siendo conscientes de que seguramente no es la ideal, por la siguiente clasificación:

- Escalas para evaluar la capacidad funcional
- Escalas para evaluar la salud general
- Escalas generales para evaluar la calidad de vida
- Escalas para evaluar la calidad de vida en problemas de salud crónicos, En concreto:
 - . Artritis
 - . Cáncer
 - . Problemas respiratorios crónicos
 - . Trastornos mentales
 - . Dolor crónico
- Escalas para evaluar el bienestar psicológico
- Escalas para evaluar el estado de ánimo
- Escalas para evaluar la interacción y el ajuste social, considerando los siguientes apartados:
 - . Apoyo social
 - . Adaptación/desadaptación social
 - . Habilidades sociales
 - . Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento
 - . Estrés psicosocial
- Escalas para evaluar las actitudes hacia sí mismo y el crecimiento personal

Dado el gran número de escalas que existen, nos limitamos a elaborar una pequeña guía de las escalas más utilizadas citando el nombre, el autor y el año. Posteriormente, se describirán, con cierto detalle, los instrumentos que tienen una relación más estrecha con la evaluación positiva de la salud.

3.3.1 Escalas para evaluar la capacidad funcional

La mayoría de escalas dirigidas a evaluar la capacidad funcional han sido elaboradas para poblaciones ancianas, puesto que la vejez es una etapa que, por el propio proceso evolutivo, conlleva con frecuencia limitaciones para desarrollar de forma autónoma las actividades cotidianas.

Aunque se aplican fundamentalmente en la tercera edad y dentro del ámbito clínico, estas escalas también se utilizan en estudios comunitarios y en pacientes con enfermedades crónicas.

La capacidad funcional se evalúa desde una perspectiva multidimensional, considerando las diferentes esferas de la vida cotidiana y contemplando, en la mayoría de los casos, la perspectiva bio-psico-social. Se valoran aspectos referidos a problemas de salud, capacidad para realizar las actividades cotidianas, habilidades para el autocuidado, nivel de bienestar psicológico, interacción social y calidad del entorno.

Los aspectos psicológicos se evalúan desde dos perspectivas: por un lado, el estado de las funciones mentales (memoria, conciencia, atención, etc.) y, por otro lado, el estado de ánimo y las percepciones subjetivas de bienestar/malestar emocional.

En general, la funcionalidad se evalúa en términos de dependencia/independencia, para poder calibrar las necesidades individuales de cuidados y los servicios (institucionales y/o comunitarios) que necesita la población. Desde la perspectiva comunitaria, se intenta proporcionar recursos asistenciales que permitan reducir los ingresos institucionales y facilitar la permanencia de la persona dentro de su contexto familiar habitual.

La valoración de estos aspectos adquiere una relevancia especial si tenemos en cuenta que, según los estudios prospectivos, en un futuro no muy lejano, el porcentaje de personas ancianas y de personas que vivan solas incrementará considerablemente.

Se citan a continuación las principales escalas para evaluar la funcionalidad.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Índice de Independencia de las Actividades de la Vida Diaria (<i>Index of Independence in Activities of Daily Living, ADL</i>)	Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe (1963; última revisión Katz y Akpom, 1976) Existen varias versiones españolas (ver Badia, Salamero, Alonso y Ollé, 1996)
Escala de Auto-Mantenimiento Físico (<i>Physical Self-Maintenance Scale</i>)	Lawton y Brody (1969)
Evaluación del Auto-Cuidado de Kenny (<i>Kenny Self-Care Evaluation</i>)	Schoening, Anderegg, Bergstrom, Fonda, Steinke y Ulrich (1965)
Escala de Conducta de Crichton Royal (<i>Crichton Royal Behavior Rating Scale, CRBRS</i>)	Wilkin y Thompson (1989; original de Robinson, 1968)
Evaluación del Deterioro Físico y Mental de las Funciones (<i>Physical and Mental Impairment-of-Function Evaluation, PAMIE</i>)	Gurel, Linn y Linn (1972)
Procedimiento de Evaluación de los Ancianos de Clifton (<i>Clifton Assessment Procedures for the Elderly, CAPE</i>)	Pattie y Gilleard (1979)
Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional del Servicio y Recursos Americanos para los Ancianos (<i>Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, OARS-MFAQ</i>)	Pfeiffer (1975); Fillembaum (1978); Fillembaum y Smyer (1981) Adaptación española: Grau-Fibla, Eiroa y Cayuela (1996).
Entrevista de Evaluación Referencial y Valoración Comprensiva (<i>Comprehensive Assessment and Referral Evaluation Interview Schedule, CARE</i>)	Gurland (1977; revisado en 1984)
Instrumento de Valoración Multinivel (<i>Multilevel Assessment Instrument, MAI</i>)	Lawton (1982)
Sistema Posicional del Estado Funcional (<i>Functional Status Rating System</i>)	Forer (1981)
Escala de Observación de las Actividades de la Vida Diaria.	Montorio (1990)
Mini-Examen Mental (<i>Mini-Mental State, MMS</i>) [*]	Folstein, Folstein y McHugh (1975)

*Este cuestionario, aunque se utiliza para la evaluación psiquiátrica general, lo incluimos aquí por que se aplica habitualmente en el campo de las demencias seniles.

3.3.2 Escalas para evaluar la salud general

La mayoría de escalas que evalúan la salud general se han elaborado para ser aplicadas a personas con problemas de salud, aunque también se utilizan en estudios de población general.

Estos instrumentos valoran la salud desde una perspectiva negativa, contemplando múltiples dimensiones que permiten medir: los cambios que la enfermedad conlleva en el funcionamiento general, el estado de salud percibida y las respuestas emocionales que genera la enfermedad. También, bajo el nombre de salud general, encontramos cuestionarios que miden exclusivamente la salud mental, como, por ejemplo el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972) o la Encuesta de Salud de Macmillan (1957).

Las más utilizadas son:

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Indice Médico de Cornell (<i>Cornell Medical Index, CMI</i>)	Brodman, Erdmann y Wolff (1949). Revisada por Lowe (1975)
Encuesta de Salud (<i>Health Opinions Survey, HOS</i>)	Macmillan (1957)
Cuestionario de Salud General (<i>General Health Questionnaire, GHQ</i>)	Goldberg (1972)
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (<i>Sickness Impact Profile, SIP</i>)	Bergner, Bobbitt, Kressel, Pollard, Gilson y Morris (1976; revisada en 1981)
Indice de Salud de McMaster (<i>McMaster Health Index Questionnaire, MHIQ</i>)	Chambers (1982)
Inventario de Salud Conductual de Millon (<i>Millon Behavioral Health Inventory, MBHI</i>)	Millon, Green y Meagher (1979)
Perfil de Salud de Nottingham (<i>Nottingham Health Profile, NHP</i>)	Hunt (1980). Adaptación española: Alonso, Anto y Moreno (1990) y Prieto, Alonso, Viladrich y Anto (1996).
Cuestionario de Conductas de Enfermedad (<i>Illness Behavior Questionnaire, IBQ</i>)	Pilowsky, Spence, Cobb y Katsikitis (1984)
Encuesta de Salud SF-36 (<i>Health Survey, SF-36</i>)	Ware y Sherbourne (1992)
Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud-Versión española (<i>Health Promoting LifeStyle Profile, HPLP-Spanish language version</i>)	Walker, Kerr, Pender y Sechrist (1990; versión original, 1987).
Cuestionario de Detección-Promoción de Salud (<i>Health Promotion-Detection Questionnaire, HPDQ</i>)	Zuuren y Dooper (1999)

3.3.3 Escalas generales para evaluar la calidad de vida

Estas escalas, en general, evalúan el impacto que determinadas intervenciones (sociales, económicas o de salud) tienen sobre las múltiples dimensiones de la salud como: movilidad física, funcionamiento social, bienestar emocional, salud mental y bienestar general.

Los instrumentos para medir la calidad de vida difieren poco de las escalas que evalúan la salud general, pero están más focalizadas en valorar la eficacia de los servicios de salud y el nivel de bienestar y satisfacción obtenido con el tratamiento. También se utilizan para hacer estudios comunitarios descriptivos del nivel de salud y de la calidad de vida de la población general.

La mayoría de los cuestionarios de calidad de vida adoptan una perspectiva multidimensional y permiten obtener índices globales y específicos. Algunos incluyen medidas de bienestar objetivo pero la mayoría están centrados fundamentalmente en la valoración subjetiva o calidad de vida percibida. Cabe destacar los siguientes:

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)	Ruiz y Baca (1993)
Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida Individual (<i>Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQOL</i>)	O'Boyle (1994)
Instrumento de Valoración de la Calidad de Vida-OMS-Versión holandesa (<i>World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument, WHOQOL-100-Dutch version</i>)	De Vries y Van Heck (1997)
Inventario de Calidad de Vida-Revisado (ICV-2R)	Garcia-Riaño (1998)

3.3.4 Escalas para evaluar la calidad de vida en problemas de salud crónicos

Como señalamos en el segundo capítulo, la calidad de vida es un indicador importante de la salud y, por tanto, este concepto adquiere una relevancia fundamental en los problemas crónicos. Esto ha generado la creación de un gran número de escalas dirigidas a evaluar la calidad de vida de personas con este tipo de problemas. Algunas

son exclusivas para una patología concreta mientras que otras son aplicables a varios trastornos.

A continuación, se presenta una muestra de las escalas más utilizadas.

Escalas que evalúan calidad de vida en personas con artritis

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Cuestionario de Evaluación de la Salud del Centro de Artritis de Standford (<i>Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire</i> , HAQ)	Fries, Spitz, Kraines y Holman (1980)
Índice del Estado Funcional (<i>Functional Status Index</i>)	Jette (1980)
Escala de Medida del Impacto de la Artritis (<i>Arthritis Impact Measurement</i> , AIM)	Meenan, Gertman y Mason (1982)

Escalas que evalúan calidad de vida en personas con cáncer

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Realización de Karnofsky (<i>Karnofsky Performance Scale</i> , KPS)	Karnofsky, Abelmann y Craver (1948)
Índice de Barthel (<i>Barthel Index</i>)	Mahoney y Barthel (1965)
Autovaloración Analógica Lineal (<i>Linear Analogue Self Assessment</i> , LASA)	Priestman y Baum (1976)
Índice de Calidad de Vida (<i>Quality of Life Index</i>)	Spitzer (1981)
Cuestionario de Calidad de Vida (<i>Quality of Life Questionnaire</i> , QLQ)	Aaronson, Bullinger y Ahmedzai (1988)
Escala de Valoración de la Calidad de Vida	Font y Bayés (1993)

Escalas que evalúan calidad de vida con problemas respiratorios crónicos

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Cuestionario de Opinión sobre la Enfermedad Respiratoria (<i>Respiratory Illness Opinion Survey</i> , RIOS)	Kinsman, O'Banion, Resnikof, Luparello y Spector (1973).
Cuestionario Respiratorio St. George (<i>St. George's Respiratory Questionnaire</i>)	Jones, Quirck y Baveystock (1991). Adaptación española: Ferrer, Antó y Alonso (1995)
Cuestionario de Vida con el Asma (<i>Living with Asthma Questionnaire</i> , LAQ)	Hyland, Finnis e Irvine (1991)
Cuestionario de Calidad de Vida con Asma (<i>Asthma Quality of Life Questionnaire</i>)	Marks, Dunn y Woolcock (1992)

Escalas que evalúan calidad de vida en personas con trastorno mental

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Calidad de Vida en la esquizofrenia (<i>Quality of Life Scale</i> , QLS)	Heinrichs, Hanlon, Carpenter (1984)
Escala de Satisfacción con las Esferas de la Vida (<i>Satisfaction with Life Domains Scale</i> , SLDS)	Baker e Intagliata (1982)
Entrevista de Calidad de Vida (<i>Quality of Life Interview</i> , QOLI)	Leham (1983)
Cuestionario de Calidad de Vida (<i>Quality of Life Questionnaire</i> , QLQ)	Bigelow, McFarland y Olson (1991)
Perfil de Calidad de Vida de Lancashire (<i>Lancashire Quality of Life Profile</i> , LQOLP)	Oliver (1992)
Perfil Subjetivo de Calidad de Vida (<i>Subjective Quality of Life Profile</i> , (SQLP)	Gerin, Dazord, Boissel y Chifflet (1992); Dazord, Astolfi, Guisti, Rebetez, Mino, Terra y Brochier (1998)
Inventario de Auto-Valoración de la Calidad de Vida (<i>Quality of Life Self-Assessment Inventory</i> , QLS-100)	Skantze (1993)
Cuestionario de Calidad del Disfrute de la Vida y Satisfacción Con la Vida (<i>Quality of Life Enjoyment and Life Satisfaction Questionnaire</i> , QLELSQ)	Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal (1993)
Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (<i>Psychosocial Adjustment to Illness Scale</i> , PAIS)	Derogatis (1977)

Escalas que evalúan calidad de vida en personas con dolor crónico

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Valoración Analógica Visual del Dolor (<i>Visual Analogue Pain Rating Scales</i>)	Huskisson (1974)
Cuestionario de Dolor de McGill (<i>McGuill Pain Questionnaire</i> , MPQ)	Melzack (1975; versión reducida 1987)
Índice SAD para Valoración Clínica del Dolor (<i>SAD Index for Clinical Assessment of Pain</i>)	Black y Chapman (1976)
Escala de Auto-Valoración del Dolor y el Distres (<i>Self-Rating Pain and Distress Scale</i>)	Zung (1983)
Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (<i>Coping Strategy Questionnaire</i> , CSQ)	Rosentiel y Keefe (1983)
Inventario de Dolor Multidimensional de Have-Yale Oeste (<i>West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory</i> , WHYMPI)	Kerns, Turk y Rudy (1985)
Escala de Experiencia del Dolor (<i>Pain Experience Scale</i> , PES)	Turk y Rudy (1986)

3.3.5 Escalas para evaluar el bienestar psicológico

Incluimos en este apartado las escalas que evalúan el bienestar, tanto desde la perspectiva positiva de la salud como desde la perspectiva negativa de síntomas de malestar psicológico.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Valoración de 22 Síntomas Psiquiátricos (<i>Twenty-Two Screening Score of Psychiatric Symptoms, SSPS-22</i>)	Langer (1962)
Escala de Calidad del Bienestar (<i>Quality of Well-Being Scale, QWBS</i>)	Kaplan, Bush y Berry (1976)
Escala de Bienestar General (<i>General Well-Being Schedule, GWBS</i>)	Dupuy (1878).
Inventario de Salud Mental (<i>Mental Health Inventory, MHI</i>)	Ware (1979)
Escalas de Bienestar Psicológico (<i>Well-Being Scales</i>)	Warr (1987, 1990). Validación española: Lloret y Tomás (1994).
Escala de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (<i>World Health Organization Well-Being Scale, WHO-WBQ</i>)	Bradley (1994)
Inventario de Bienestar Subjetivo (<i>Subjective Well-Being Inventory, SWBI</i>)	Shell (1994)

3.3.6 Escalas para evaluar el estado de ánimo

La mayoría de estas escalas miden estados emocionales subjetivos, evaluados a través de indicadores de satisfacción y felicidad.

Otros instrumentos están estructurados en torno a dos dimensiones (sentimientos positivos y sentimientos negativos) que algunas escalas evalúan por separado y otras de forma conjunta proporcionando un índice afectivo único.

También existe un grupo de escalas que miden el control emocional y proporcionan información sobre la experiencia de los diversos estados de ánimo, el manejo del propio comportamiento y las consecuencias del mismo.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Indice de Satisfacción de Vida (<i>Life Satisfaction Index</i> , LSI)	Neugarten y Havighrust (1961)
Escala de Equilibrio Afectivo (<i>Affect Balance Scale</i> , ABS)	Bradburn (1965; revisada en 1969)
Escala del Estado de Animo del Centro Geriátrico de Filadelfia (<i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> , PGCMS)	Lawton (1972)
Cuatro Items Unicos Indicadores de Bienestar (<i>Four Single Item Indicators of Well-Being</i> , FSIIWB)	Andrews (1976)
Cuestionario de Autocontrol (<i>Self Control Schedule</i> , SCS)	Rosenbaum (1980)
Escala de Control Emocional (<i>Courttauld Emotional Scale</i> , CECS)	Watson y Greer (1983)
Escala Multidimensional de Sentido del Humor (<i>Multidimensional Sense of Humor Scale</i>)	Thorson y Powell (1993)
Escala de Satisfacción con la Vida (<i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS)	Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); Diener (1994)
Escala de Afecto Positivo y Negativo (<i>Positive and Negative Affect Schedule</i> , PANAS)	Watson, Clark y Tellegen (1988)
Escala de Orientación en la Vida (<i>Life Orientation Scale</i> , LOT)	Carver y Scheier (1990); Scheier, Carver y Bridges (1994).

3.3.7 Escalas para evaluar la interacción y el ajuste social

En este apartado se citan algunos cuestionarios que son aplicables tanto a situaciones de salud como de enfermedad, pero que tienen una relación (más o menos directa) con la perspectiva social de la salud.

Escalas que evalúan el apoyo social

Estas escalas evalúan el apoyo social a partir de la cantidad de relaciones sociales disponibles y de la calidad o grado de satisfacción con las mismas (apoyo social percibido).

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Inventario de Conductas de Apoyo Social (<i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i>)	Barrera (1980)
Encuesta para la Interacción Social (<i>Interview Schedule for Social Interaction</i>)	Henderson (1980)
Escala de Relación Social (<i>Social Relationship Scale</i>)	McFarlane (1981)
Escala de la Red Social (<i>Social Network Scale</i>)	Stokes (1983)
Cuestionario de Apoyo Social (<i>Social Support Questionnaire</i>)	Sarason (1983)
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS</i>)	Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988)

Escalas que evalúan la adaptación/desadaptación social

Estos instrumentos miden el funcionamiento de la persona en el desempeño de los diversos roles y consideran la adaptación/desadaptación como un indicador del grado de ajuste social. Las escalas que plantean la evaluación en términos negativos (desajuste o disfunción) se utilizan generalmente en poblaciones clínicas, especialmente psicóticos crónicos.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Competencia Social de Zigler-Phillips (<i>Zigler-Phillips Social Competence Scale, ZPSCS</i>)	Zigler y Phillips (1961)
Escala de Ajuste de Katz (<i>Katz Adjustment Scale, KAS</i>)	Katz y Lyerly (1963)
Escala de Disfunción Social (<i>Social Dysfunction Rating Scale</i>)	Linn (1969)
Escala de Ajuste Social (<i>Social Adjustment Scale</i>)	Weissman (1971). Adaptación a población esquizofrénica: Weissman, Sholomskas y John (1981)
Entrevista Escalada y Estructurada para Valorar la Desadaptación (<i>Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment</i>)	Gurland (1972)
Escala de Desajuste Social (<i>Social Maladjustment Schedule</i>)	Clare (1978)
Escala de Funcionamiento Social (<i>Social Functioning Schedule</i>)	Remington y Tyrer (1979)
Escala de Ajuste Premorbido (<i>Premorbid Adjustment Scale, PAS</i>)	Cannon-Spoor, Potkins y Wyatt (1982)

Escalas que evalúan las habilidades sociales

Estos cuestionarios evalúan la capacidad de la persona para interactuar y mantener una comunicación social satisfactoria.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Inventario de Aserividad de Rathus (<i>Rathus Assertiveness Schedule, RAS</i>)	Rathus (1973)
Inventario de Aserción (<i>Assertion Inventory, AI</i>)	Gambrill y Richey (1975)
Escala de Autoexpresión para Adultos (<i>Adult Self Expression Scale, ASES</i>)	Gay, Hollandsworth y Galassi (1975)
Indice de Reactividad Interpersonal (<i>Interpersonal Reactivity Index, IRI</i>)	Davis (1980; 1983)
Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES)	Caballo (1997)
Cuestionario de Confianza Interpersonal (<i>Interpersonal Trust Questionnaire, ITQ</i>)	Forbes y Roger (1999)

Escalas que evalúan resolución de problemas y estrategias de afrontamiento

Estas escalas evalúan las habilidades y las estrategias cognitivas que la persona utiliza para afrontar las situaciones problemáticas.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Procedimiento de solución de problemas medios-fines (<i>Means-End Problem-Solving Procedure, MEPS</i>)	Platt y Spivack (1975)
Listado de estrategias de afrontamiento	Folkman y Lazarus (1980)
Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento	Billing y Moos (1982)
Inventario de Solución de Problemas Personales (<i>Personal Problem-Solving Inventory, PPSI</i>)	Heppner y Petersen (1982)
Escala de Estrategias de Afrontamiento	Beckman y Adams (1984)
Inventario de afrontamiento multidimensional	Endler y Parker 1990)
Inventario de Resolución de Problemas Sociales (<i>Social Problem-Solving Inventory, SPSI</i>)	D'Zurilla (1993; original, 1986).

Escalas que evalúan el estrés psicosocial

Estas escalas miden el impacto de los acontecimientos cotidianos y de los sucesos vitales en la salud y en el equilibrio psicológico de la persona. Tienen un campo de aplicación muy amplio y aportan información sobre la capacidad de resistencia/vulnerabilidad de la persona para afrontar las circunstancias “complejas” de la vida.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Inventario de Experiencias Recientes (<i>Schedule of Recent Experience</i> , SER)	Holmes y Rahe (1967). Adaptación española: González de Rivera y Morera (1983)
Escala de Sucesos Vitales (<i>Psychiatric Epidemiology Research Interview</i> , PERI; <i>Life Events Scale</i> , PERI-LES)	Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend (1978)
Escala de Experiencias Vitales (<i>Life Experiences Survey</i> , LES)	Sarason, Johnson y Siegel (1978)
Cuestionario de Cambio Vital Reciente (<i>Recent Life Change Questionnaire</i> , RLCQ)	Rahe y Arthur (1978)
Escalas de Contrariedades y Satisfacciones (<i>Hassles and Uplifts Scales</i> , HSS)	Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981)
Escala de Evaluación del Estrés Reciente (<i>Global Assessment of Recent Stress Scale</i> , GARSS)	Linn (1985)
Inventario sobre Estrés Diario (<i>Daily Stress Inventory</i> , DSI)	Brantley, Cocke, Jones y Goreczny (1988)
Cuestionario de Reactividad al Estrés (CRE-34)	Morera, Fernández, Morales y Valenciano (1991)
Escala de Experiencias Vitales Recientes (<i>Survey of Recent Life Experiences</i> , SRLE)	Khon y Macdonald (1992)
Perfil de estrés (<i>The Stress Profile</i> , SP)	Wheatley (1990)
Apreciación de los Eventos de Vida (<i>Appraisal of Life Events</i> , ALE)	Ferguson, Matthews y Cox (1999)

3.3.8 Escalas para evaluar las actitudes hacia sí mismo y el crecimiento personal

En este último apartado se presenta una miscelánea de escalas que miden aspectos relacionados con el autoconcepto, la autoeficacia, la autoestima y la autorrealización.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Inventario de Orientación Personal (<i>Personal Orientation Inventory</i> , POI)	Shostrom (1964)
Escala de Autoestima (<i>Self-Esteem Scale</i>)	Rosenberg (1965, 1979)
Escala de Autoestima para Adultos (<i>Adult Self-Esteem Scale</i> , ASES)	Coopersmith (1972). Versión abreviada: Bagley (1989)
Escala de Autoconcepto de Tennessee (<i>Tennessee Self Concept Scale</i> , TSCS)	Fitts (1965). Adaptación española: Garanto (1984).
Índice Breve de Auto-Actualización (<i>Short Index of Self-Actualization</i> , SISA)	Jones y Crandall (1986)
Escala de Autoeficacia (<i>Self-Efficacy Scale</i> , SES)	Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers (1982)
Escala de Autoeficacia General (<i>General Self-Efficacy Scale</i> , GSES)	Schwarzer (1993). Adaptación española: Baessler y Schwarzer (1996)

3.4 DESCRIPCION DETALLADA DE ESCALAS QUE GUARDAN RELACION CON LA SALUD MENTAL POSITIVA

En la exposición que acabamos de hacer se puede constatar que no existen, o no hemos conseguido localizar, escalas para evaluar la salud mental positiva. Ante tal déficit, describiremos con cierto detalle algunos cuestionarios que, al menos parcialmente, manejan conceptos positivos de salud.

Para seleccionar las escalas se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- *El contenido:* se incluyen las escalas que contemplan, aunque sea de un modo parcial, la perspectiva positiva de la salud. Sin embargo, el concepto positivo es relativo; aunque las escalas contengan indicadores de salud se aplican, en general, a personas con alteraciones y, cuando se utilizan en población sana, el objetivo último es detectar problemas clínicos.
- *Los factores que configuran la escala:* se describen escalas que contienen dimensiones similares a alguno de los factores que configuran el constructo de salud mental positiva de Jahoda (1958).
- *La frecuencia con que se utiliza:* se seleccionan las escalas más citadas y que se aplican habitualmente en el campo clínico y en la investigación.

- *Existencia de estudios psicométricos sólidos:* este criterio está íntimamente vinculado al anterior, ya que cuando una escala se aplica con frecuencia suele tener una buena estructura psicométrica. Sin embargo, hemos encontrado escalas muy utilizadas con datos psicométricos débiles, confusos o contradictorios.

A continuación, se presenta la descripción de una muestra de 24 cuestionarios que cumplen uno o varios de estos criterios.

3.4.1 Descripción de escalas que evalúan la salud general

NOMBRE	ENCUESTA DE OPINION DE SALUD (<i>THE HEALTH OPINION SURVEY, HOS</i>)
AUTOR	Macmillan, A.M.
AÑO	1957
OBJETIVO	Evaluar la salud mental de la población general para discriminar entre personas con problemas mentales (especialmente trastornos neuróticos) y personas sanas. Ha sido utilizada en estudios epidemiológicos y en estudios que valoran las necesidades de servicios psiquiátricos. Los ítems están formulados en sentido negativo (desde síntomas de enfermedad).
FACTORES O DIMENSIONES	Un índice global con ítems referidos, fundamentalmente, a alteraciones somáticas que reflejan problemática psíquica (dificultad para dormir, pérdida de apetito, pérdida de peso, cansancio, etc.)
FIABILIDAD	. La correlación test-retest oscila entre 0.78 y 0.87 (según diversos estudios) . El coeficiente alfa tiene un valor de 0.84
VALIDEZ	. Las correlaciones con entrevistas clínicas psiquiátricas oscilan entre 0.37 y 0.57 (según diversos estudios)
COMENTARIO	Esta escala discrimina bien entre los extremos (salud-enfermedad mental grave) pero no con problemáticas psicológicas intermedias.

NOMBRE	ENCUESTA DE SALUD SF-36 (<i>HEALTH SURVEY SF-36</i>)
AUTOR	Ware, J. y Sherbourne, C.D.
AÑO	1992;
OBJETIVO	Valorar el estado de salud general, tanto en población sana como en grupos clínicos. Detecta estados de salud (física y mental) tanto positivos como negativos (enfermedad y salud/ bienestar)
FACTORES O DIMENSIONES	8 dimensiones: salud general percibida, funcionamiento físico, limitaciones de rol por problemas físicos, dolor corporal, salud mental general, limitaciones de rol por problemas emocionales, vitalidad y funcionamiento social. La combinación de las distintas dimensiones permite obtener dos índices de salud independientes: estado de salud física y estado de salud mental.

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . La consistencia interna de las diversas subescalas presenta valores comprendidos entre 0.31 y 0.72. . Los coeficientes de fiabilidad test-retest de las subescalas oscilan entre 0.38 y 0.90
VALIDEZ	<ul style="list-style-type: none"> . Validez de criterio: la correlación de las diferentes escalas con el Cuestionario de Salud General de Goldberg oscila entre 0.34 y 0.76 . Validez de constructo: en el análisis factorial llevado a cabo por Roberts, Hemingway y Marmot (1997), se obtienen 2 factores (salud física y salud mental) que explican el 62% de la varianza total.
COMENTARIO	<p>Ha sido traducido y adaptado al español dentro del proyecto europeo <i>International Quality of Life Assessment (IQOLA)</i> (Badia, Salamero, Alonso y Ollé, 1996).</p> <p>Actualmente se está investigando en una nueva versión (versión 2) del cuestionario, que introduce modificaciones básicamente estructurales y de forma (Jenkinson, Stewart-Brown, Petersen y Paice, 1999).</p>

NOMBRE	CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (<i>GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE -GHQ</i>)
AUTOR	Goldberg, D.
AÑO	1972
OBJETIVO	<p>Detectar trastornos psíquicos (con exclusión de los trastornos psicóticos), en población general o en medios clínicos no psiquiátricos. Muy importante en estudios epidemiológicos comunitarios.</p> <p>Permite obtener un índice global de bienestar psicológico.</p>
FACTORES O DIMENSIONES	<p>Existen diversas versiones, que varían en el número de ítems (60, 30, 28 y 12). La versión de 28 ítems está estructurada en 4 dimensiones o subescalas, aunque no son completamente independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> . ansiedad e insomnio . depresión . hipocondriasis (síntomas somáticos) . alteración social
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . Coeficiente alfa: los valores oscilan entre 0.82 y 0.93 (los valores más bajos corresponden a las versiones con menor número de ítems) . Test-retest: los resultados de diferentes estudios obtienen coeficientes con valores que van de 0.51 a 0.90 (son más altos en grupos de sujetos clínicamente definidos que en población general)
VALIDEZ	<ul style="list-style-type: none"> . Validez de criterio: las comparaciones con entrevistas clínicas estructuradas (<i>CIS-Clinical Interview Schedule</i> o <i>PSE-Present State Evaluation</i>) obtienen correlaciones que oscilan entre 0.45 y 0.83 (según diversos estudios y muestras). . Validez de constructo: el porcentaje de varianza explicada en las diferentes versiones oscila entre el 44% y el 68%.
COMENTARIO	<p>Todas las versiones del cuestionario están traducidas y adaptadas al castellano (ver Badia, Salamero, Alonso y Ollé, 1996; Goldberg y Williams, 1996; Muñoz, Vázquez, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979). La versión de 12 ítems (utilizada en nuestro estudio) es igual de válida que las restantes para discriminar entre casos y normales (Goldberg y Williams, 1996).</p> <p>Es la escala más utilizada para la evaluación general de la salud mental y el instrumento de screening por excelencia en los estudios epidemiológicos de doble fase.</p>

NOMBRE	PERFIL DE ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SALUD-Versión lengua española (<i>HEALTH PROMOTING LIFESTYLE PROFILE</i> , HPLP-Spanish Language Version)
AUTOR	Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J. y Sechrist, K.R.
AÑO	1990 (1987, versión original)
OBJETIVO	Evaluar los componentes del estilo de vida que potencian la salud e incrementan el nivel de bienestar.
FACTORES O DIMENSIONES	<p>El estilo de vida saludable se concibe como un constructo multidimensional.</p> <p>6 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-actualización - Responsabilidad acerca de la salud - Ejercicio - Nutrición - Apoyo interpersonal - Manejo del estrés <p>Se puede calcular el estilo de vida a través de un único índice o bien por subescalas.</p>
FIABILIDAD	<p>. El coeficiente alfa de la escala global es de 0.94 y en las subescalas varía entre 0.70 y 0.87.</p> <p>. La fiabilidad test-retest de la escala global es de 0.87 y en las subescalas oscila entre 0.73 y 0.85</p>
VALIDEZ	<p>. Validez de constructo: en análisis factorial se obtienen 6 factores que explican el 45.9% de la varianza total.</p> <p>. La validez de criterio no ha sido descrita.</p>

3.4.2 Descripción de escalas que evalúan la calidad de vida

NOMBRE	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CCV-2R)
AUTOR	Ruiz, M ^a A. y Baca, E.
AÑO	1993
OBJETIVO	Valorar la calidad de vida percibida de la población general.
FACTORES O DIMENSIONES	<p>4 factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apoyo social - satisfacción general, - bienestar físico / psicológico - ausencia de sobrecarga laboral / tiempo libre.
FIABILIDAD	<p>. La consistencia interna de la escala global es de 0.94. Por subescalas, los valores alfa oscilan entre 0.82 y 0.91.</p> <p>. La fiabilidad test-retest es de 0.96 para el índice general. Para las subescalas, las correlaciones van de 0.77 a 0.97.</p>
VALIDEZ	<p>. Validez de criterio: se obtiene una correlación entre el índice general del cuestionario y las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton de -0.69 y -0.72 respectivamente. Por subescalas, las correlaciones oscilan entre -0.33 y -0.74; la subescala de "bienestar físico/psicológico" es la que obtiene correlaciones más altas con las escalas de Hamilton.</p> <p>. Validez de constructo: la varianza explicada por los cuatro factores es del 53,5%.</p>

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

NOMBRE	INSTRUMENTO DE VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA-OMS- Versión holandesa (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT, WHOQOL-100 –Dutch Version)
AUTOR	De Vries, J. y Van Heck, G.L.
AÑO	1997
OBJETIVO	Evaluar la calidad de vida subjetiva en poblaciones sanas y en grupos de población con enfermedades crónicas: físicas y/o mentales. Permite obtener un índice global de Calidad de Vida y Salud General e índices específicos de cada dimensión.
FACTORES O DIMENSIONES	6 dimensiones: . Salud física . Salud psicológica . Nivel de independencia . Relaciones sociales . Medio ambiente/entorno . Espiritualidad/religión/creencias personales
FIABILIDAD	. El coeficiente alfa para la escala global es de 0.91 mientras que para las diversas dimensiones los valores oscilan entre 0.71 y 0.93.
VALIDEZ	. Validez de criterio. La escala global se ha validado con dos cuestionarios: - <i>The Sickness Impact Profile</i> (SIP; Bergner, 1981): en la dimensión física la correlación con el WHOQOL es de -0.17 y en la dimensión psicológica de -0.36 - <i>The Life Orientation Test</i> (LOT; Scheier y Carver, 1985): la correlación con la dimensión optimista es de 0.25 y con la dimensión pesimista de -0.17 Asimismo, se han utilizado diversos cuestionarios específicos para validar algunas dimensiones del instrumento. Los resultados son más favorables cuanto más afín es la escala-criterio a la dimensión evaluada.
COMENTARIO	En la actualidad se está elaborando una versión reducida de éste cuestionario, para facilitar su evaluación internacional y su utilización en el ámbito asistencial. (Orley y Saxena, 1998).

NOMBRE	INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA (ICV-2R)
AUTOR	García-Riaño, D.
AÑO	1998
OBJETIVO	Valorar la calidad de vida, desde una perspectiva multidimensional y subjetiva; puede obtenerse un índice general de calidad de vida o valoraciones de cada una de las dimensiones. Es aplicable a población general y a poblaciones específicas (fundamentalmente a personas con enfermedades crónicas físicas y/o mentales).
FACTORES O DIMENSIONES	13 dimensiones: afecto positivo, ansiedad, control (pérdida de), depresión, relaciones emocionales, familia, salud física, sexualidad, área social, cultura, económica, área laboral y religión
FIABILIDAD	. Fiabilidad test-retest: la correlación de la escala global es de 0.92 mientras los coeficientes de fiabilidad test-retest de las diversas dimensiones varían entre 0.45 y 0.94.
VALIDEZ	. Validez de criterio: se obtienen correlaciones entre 0.28 y 0.69 entre el cuestionario completo y una parte del mismo valorado por familiares y amigos. Las correlaciones de las dimensiones de "Ansiedad" y "Depresión" con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (H.A.D) son de 0.56 y 0.54 respectivamente. . Validez de constructo: en el análisis factorial se confirman los trece factores, que explican un 56,1% de la varianza total.

3.4.3 Descripción de escalas que evalúan el bienestar psicológico

NOMBRE	THE TWENTY-TWO SCREENING SCORE OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS
AUTOR	Langer, T.S.
AÑO	1962
OBJETIVO	Evaluar el bienestar psicológico; identifica síntomas o problemáticas mentales pero sin establecer ningún tipo de clasificación o trastorno.
FACTORES O DIMENSIONES	Un único índice de salud/enfermedad mental, evaluado a través de: <ul style="list-style-type: none"> . síntomas somáticos de ansiedad y depresión . juicios subjetivos de los estados emocionales
FIABILIDAD	. El coeficiente alfa es de 0.77 y el coeficiente omega de 0.80. . La fiabilidad test-retest oscila entre 0.68 y 0.81 (según diversos estudios).
VALIDEZ	. Las correlaciones con diversas escalas de ansiedad y depresión oscilan entre 0.50 y 0.77.

NOMBRE	ESCALA DE CALIDAD DEL BIENESTAR (<i>QUALITY OF WELL-BEING SCALE, QWBS</i>)
AÑO	1976
OBJETIVO	Evaluar la calidad de vida o bienestar con un único índice que se ajusta para establecer el pronóstico de la calidad de bienestar de cualquier condición clínica teniendo en cuenta: mortalidad, síntomas y niveles de funcionamiento. Cuantifica la efectividad de un tratamiento en términos de Años de Vida Ajustados por su Calidad (AVAC). Se utiliza tanto en estudios comunitarios como en poblaciones clínicas. Permite establecer un pronóstico de la calidad de bienestar y sirve como indicador de las necesidades de servicios de salud.
FACTORES O DIMENSIONES	Evalúa tres grandes componentes: <ul style="list-style-type: none"> . Estado funcional: mediante dimensiones de movilidad, actividad física y actividad social . Calidad del Bienestar: a partir del escalamiento de las respuestas. Se establecen valores específicos para cada nivel de funcionalidad, en base a la importancia social que se le adjudica. . Índice de expectativas de "bien vivir", a través del pronóstico.
FIABILIDAD	. El coeficiente de consistencia interna es de 0.90. . La fiabilidad test-retest está entre 0.93 y 0.98 (según diversas poblaciones)
VALIDEZ	. La correlación con el número de visitas médicas, debidas a problemas físicos, en los ocho días anteriores es de -0.55. . La correlación con una escala de problemas crónicos es de -0.96.
COMENTARIO	La escala ha sido diseñada para problemas de salud física pero los autores sugieren que puede aplicarse a otros ámbitos. Según Bowling (1994), un handicap de la escala es que se necesitan entrevistadores especializados para administrarla. Sin embargo, Kaplan, Sieber y Ganiats (1997) han comparado dos versiones (aplicada por un entrevistador y auto-administrada) obteniendo resultados muy similares.

NOMBRE	ESCALA DE BIENESTAR GENERAL (<i>GENERAL WELL-BEING SCHEDULE- GWBS</i>)
AUTOR	Dupuy, H.J.
AÑO	1978
OBJETIVO	<p>Evaluación multidimensional de sentimientos subjetivos de bienestar y estrés.</p> <p>Pensada inicialmente para población general, aunque puede ser aplicada a diversos ambientes clínicos.</p>
FACTORES O DIMENSIONES	<p>6 dimensiones, con indicadores de sentimientos positivos y negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . ansiedad . estado depresivo . bienestar positivo . autocontrol . salud general . vitalidad
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . La consistencia interna global oscila entre 0.90 y 0.95 (según diversos estudios) . La consistencia interna de las diferentes subescalas está entre 0.72 y 0.80 . Los coeficientes de fiabilidad test-retest varían de 0.50 a 0.86 (según diversos estudios) y la media es de 0.66
VALIDEZ	<ul style="list-style-type: none"> . Validez de criterio: la correlación con diversas entrevistas y cuestionarios de depresión va de 0.47 a 0.80 y la correlación con escalas de ansiedad es de 0.64. . Análisis factorial: la varianza explicada por los tres factores resultantes es del 51%
COMENTARIO	<p>Esta escala se desarrolló para formar parte de una encuesta nacional sobre salud y nutrición en la población americana (<i>US Health and nutrition examination survey, NHS</i>). Posteriormente el propio autor elaboró otra versión (<i>The Psychological Well-Being Index, PWBI</i>) (Dupuy, 1984) que ha sido traducida y adaptada al español con el nombre de Índice de Bienestar Psicológico (Badia, Gutiérrez, Wiklund y cols., 1996, citado en Badia, Salamero, Alonso y Ollé, 1996)</p> <p>Por otro lado, forma parte de la Batería de Salud Mental que utiliza la compañía americana de seguros sanitarios Rand (<i>Rand Health Insurance</i>) para evaluar los cambios en el estado de salud mental de las personas que reciben servicios sanitarios (Bowling, 1994)</p> <p>Algunos de sus ítems han sido utilizados por la Oficina Regional Europea, de la Organización Mundial de la Salud, para elaborar la Escala de Bienestar-OMS (<i>WHO Well-Being Scale</i>). Inicialmente, se diseñó para evaluar la calidad de los cuidados en pacientes diabéticos (Bech, Staehr-Johansen y Gudex, 1996; Bardley, 1994). Actualmente, ha sido validada en población general anciana como medida subjetiva de calidad de vida (Heun, Burkart, Maier y Bech, 1999).</p>

EVALUACION DE LA SALUD MENTAL

NOMBRE	INVENTARIO DE SALUD MENTAL (<i>THE MENTAL HEALTH INVENTORY, MHI</i>)
AUTOR	Ware, J.E.
AÑO	1979
OBJETIVO	Evaluar el bienestar y el distrés psicológico, en la población general, desde una perspectiva multidimensional y teniendo en cuenta aspectos positivos y negativos.
FACTORES O DIMENSIONES	<p>5 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ansiedad . Depresión . Control conductual/afectivo . Afecto positivo general . Emociones <p>Puede obtenerse un índice global o bien una puntuación para cada subescala. Los resultados del análisis generan dos factores: distrés psicológico (que agrupa los ítems negativos) y bienestar psicológico (configurado por ítems positivos).</p>
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . El coeficiente de fiabilidad test-retest para la escala global es de 0.64 y para las diferentes subescalas oscila entre 0.56 y 0.63 . El coeficiente de consistencia interna de la escala global es de 0.96 y el de las subescalas está entre 0.83 y 0.92
VALIDEZ	<ul style="list-style-type: none"> . Las correlaciones con diversas escalas de satisfacción con la vida oscilan entre 0.40 y 0.51. . La correlación con indicadores de problemas emocionales severos va de 0.48 a 0.58
COMENTARIO	Está escala incluye varios ítems del <i>General Well-Being Schedule (GWBS)</i> de Dupuy (1977).

3.4.4 Descripción de escalas que evalúan estados emocionales

NOMBRE	INDICE DE SATISFACCION DE VIDA (<i>THE LIFE SATISFACTION INDEX, LSI</i>)
AUTOR	Neugarten, B.L., Havighrust, R.J. y Tobin, S.S.
AÑO	1961
OBJETIVO	Evaluar los sentimientos de bienestar general. Inicialmente fué diseñado para población anciana con el objetivo de identificar el envejecimiento "exitoso".
FACTORES O DIMENSIONES	<p>Mide un único índice pero contiene ítems referidos a 5 dimensiones que evalúan la satisfacción con la vida presente y pasada. Las dimensiones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Placer y apatía . Firmeza y fortaleza . Concordancia entre los objetivos alcanzados y los deseados . Concepto positivo de uno mismo . Temperamento
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . Los coeficientes de consistencia interna oscilan entre 0.70 y 0.80 (según diversos estudios) . Los coeficientes de fiabilidad de las dos mitades están entre 0.65 y 0.74
VALIDEZ	. Las correlaciones con diversas escalas de satisfacción y estado de animo oscilan entre 0.41 y 0.76
COMENTARIO	Existen diversas versiones del índice original, que varían más en la forma que en el contenido. Los estudios de Adams (1969) y Hoyt y Creech (1983) confirman la estructura multidimensional y sugieren la configuración de subescalas independientes (sin llegar a un acuerdo en el número de factores) (Bowling, 1994; McDowell y Newell, 1987)

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

NOMBRE	ESCALA DE EQUILIBRIO AFECTIVO (<i>THE AFFECT BALANCE SCALE</i>)
AUTOR	Bradburn, N.M.
AÑO	1965; revisada en 1969
OBJETIVO	<p>Evaluar el bienestar psicológico a través de los sentimientos subjetivos (positivos y negativos) que las personas experimentan frente a los eventos de la vida cotidiana. Proporciona información acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> . la habilidad personal para afrontar los estresores cotidianos . los estados emocionales que persisten después de situaciones estresantes . la magnitud del estrés <p>Constituye un indicador de felicidad o bienestar psicológico general.</p>
FACTORES O DIMENSIONES	<p>2 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Sentimientos positivos . Sentimientos negativos <p>Estas dimensiones son independientes pero el equilibrio afectivo (índice global de la escala) viene determinado por el balance entre ambas. Los factores positivos pueden compensar a los negativos, favoreciendo el mantenimiento de un cierto nivel de bienestar general.</p>
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . Los coeficientes de consistencia interna para los ítems de la escala positiva oscilan entre 0.47 y 0.73 y para la escala negativa entre 0.48 y 0.73 (según diversos estudios) . El test-retest presenta un coeficiente de fiabilidad de 0.90
VALIDEZ	<ul style="list-style-type: none"> . La correlación con un índice que mide rasgos neuróticos (elaborado por Berkman, 1971) fue de 0.48 . Las correlaciones con diversas escalas de estado de ánimo varían entre 0.61 y 0.64.
COMENTARIO	George y Bearon (1980, citados en Bowling, 1994, pag. 179) califican a este cuestionario como la mejor medida de sentimientos que existe. Cohen y Gladstone (1997) lo denominan "El Test de las Ganas de Vivir".

NOMBRE	ESCALA DE ESTADO DE ANIMO DEL CENTRO GERIATRICO DE FILADELFIA (<i>PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER MORALE SCALE, PGCMS</i>)
AUTOR	Lawton, M.P.
AÑO	1972; revisada en 1975
OBJETIVO	Medir dimensiones del ajuste emocional en personas de 70 a 90 años, tanto institucionalizadas como residentes en la comunidad
FACTORES O DIMENSIONES	<p>Se considera un índice global del estado de ánimo en términos de bienestar general, aunque evaluado desde una perspectiva multidimensional y contiene ítems positivos y negativos.</p> <p>Los análisis factoriales han identificado tres dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Agitación . Insatisfacción y soledad . Actitudes frente al propio envejecimiento
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> . El coeficiente de fiabilidad de las dos mitades es de 0.74 . El coeficiente de consistencia interna es de 0.81 y los coeficientes de fiabilidad test-retest varían entre 0.75 y 0.91 (según el periodo de tiempo)
VALIDEZ	. La correlación con el Índice de Satisfacción con la Vida (<i>Life Satisfaction Index</i>) de Neugarten y Havighrust (1961) es de 0.57
COMENTARIO	Esta escala está considerada como el mejor instrumento de evaluación del estado de ánimo y la satisfacción con la vida (Bowling, 1994)

EVALUACION DE LA SALUD MENTAL

NOMBRE	CUATRO ITEMS UNICOS INDICADORES DE BIENESTAR (<i>FOUR SINGLE ITEM INDICATORS OF WELL-BEING</i>)
AUTOR	Andrews, F.M. y Crandall, R.
AÑO	1976
OBJETIVO	<p>Valorar la satisfacción con la vida en general o con áreas específicas como, por ejemplo, salud o status socio económico. Es una medida afectiva de calidad de vida.</p> <p>Habitualmente se utiliza en encuestas de población general aunque puede ser aplicada en ambientes clínicos.</p> <p>Se obtiene un único índice.</p>
FACTORES O DIMENSIONES	<p>Mide el componente afectivo de la calidad de vida, en términos de sentimientos de satisfacción o felicidad, a través de 4 escalas visuales o analógicas de ítem único:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escala Placentero-Terrible 2. Escala de Caras 3. Escala de Peldaños (Escaleras) 4. Escala de Círculos
FIABILIDAD	<p>. La fiabilidad test-retest para cada escala oscila entre 0.41 y 0.70 (según diversos estudios)</p> <p>. La consistencia interna para la escala "Placentero-Terrible" va de 0.74 a 0.87. No conocemos datos del resto de las escalas.</p>
VALIDEZ	. La correlación de seis aspectos de bienestar con las cuatro escalas oscila entre 0.70 y 0.82
COMENTARIO	La escala "Placentero-Terrible" ha sido utilizada recientemente, en un estudio llevado a cabo en Israel, como una de las medidas para evaluar el bienestar subjetivo entre supervivientes del holocausto (Shmotkin y Lomranz, 1998).

NOMBRE	CUESTIONARIO DE AUTOCONTROL (<i>SELF CONTROL SCHEDULE, SCS</i>)
AUTOR	Rosenbaum
AÑO	1980
OBJETIVO	Evalúa conductas de autocontrol.
FACTORES O DIMENSIONES	<p>4 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cogniciones relacionadas con el autocontrol emocional y las respuestas psicofisiológicas - Aplicación de procedimientos de resolución de problemas a las dificultades de la vida cotidiana - Habilidades para demorar el refuerzo - Percepciones de autoeficacia
FIABILIDAD	<p>. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0.86</p> <p>. La consistencia interna oscila entre 0.78 y 0.84</p>
VALIDEZ	. la correlación con diversas escalas va de 0.08 a 0.54
COMENTARIO	La validez de constructo presenta algunas dificultades (Bas y Andrés, 1996)

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

NOMBRE	ESCALA DE SATISFACCION CON LA VIDA (<i>SATISFACTION WITH LIFE SCALE, SWLS</i>)
AUTOR	Diener, E.D., Emmons, R.A. , Larsen, R.J. y Griffin, G.
AÑO	1985
OBJETIVO	Evaluar la satisfacción general con la vida
FACTORES O DIMENSIONES	Una única dimensión evaluada con 5 ítems referidos a la valoración afectiva de la propia vida.
FIABILIDAD	. El coeficiente alfa es de 0.87 . La fiabilidad test-retest es de 0.82
VALIDEZ	. La correlación con diversas escalas de bienestar subjetivo oscila entre 0.47 y 0.75 (según diversas muestras). . Los análisis factoriales obtienen un solo factor que explica el 66% de la varianza total.
COMENTARIO	Arrindell, Meeuwesen y Huyse (1991) han realizado estudios psicométricos en Holanda y han encontrado datos de fiabilidad similares a los obtenidos por los autores originales. Sin embargo, indican la necesidad de profundizar en el estudio de la validez de criterio de la escala.

NOMBRE	ESCALAS DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (<i>POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE, PANAS</i>)
AUTOR	Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A.
AÑO	1988
OBJETIVO	Evaluar el bienestar emocional
FACTORES O DIMENSIONES	2 dimensiones: - Afecto positivo - Afecto negativo
FIABILIDAD	. El coeficiente alfa es de 0.88 en la escala de afecto positivo y de 0.87 en la de afecto negativo. . El coeficiente de fiabilidad test-retest oscila entre 0.86 y 0.90 en la escala de afecto positivo y entre 0.84 y 0.86 en la de afecto negativo (según diversos periodos de tiempo).
VALIDEZ	. La correlación con diversas escalas de estado de ánimo (positivo y negativo) va de 0.76 a 0.92. . Los análisis factoriales indican que los dos factores explican el 68,7% de la varianza total.

3.4.5 Descripción de escalas que evalúan la interacción y el ajuste social

NOMBRE	INDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (<i>INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX</i> , IRI)
AUTOR	Davis, M.H.
AÑO	1980, 1983
OBJETIVO	Evaluar las respuestas empáticas entendiendo la empatía como un constructo con dos componentes (cognitivo y afectivo).
FACTORES O DIMENSIONES	<p>4 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar perspectiva: tendencia a adoptar el punto de vista del otro en la vida cotidiana - Fantasía: tendencia a autotransportarse dentro de los sentimientos que nos muestra la ficción (libros, películas, etc.) - Temas empáticos: tendencia a experimentar sentimientos afectuosos y de compasión por otras personas - Distrés personal: sentimientos de malestar como reacción a las emociones negativas de los otros <p>Puede obtenerse un índice global (nivel de empatía) o bien puntuaciones específicas para cada una de las cuatro escalas.</p>
FIABILIDAD	<p>. El coeficiente alfa de las distintas subescalas oscila entre 0.71 y 0.77</p> <p>. La fiabilidad test-retest de las diferentes subescalas va de 0.62 a 0.71.</p>
VALIDEZ	. Las correlaciones con otras escalas de empatía oscilan entre 0.11 y 0.63

3.4.6 Descripción de escalas que evalúan las actitudes hacia sí mismo y el crecimiento personal

NOMBRE	INDICE BREVE DE AUTO-ACTUALIZACION (<i>SHORT INDEX OF SELF-ACTUALIZATION</i> , SISA)
AUTOR	Jones, A. y Crandall, R.
AÑO	1986
OBJETIVO	Evaluar el desarrollo personal o auto-actualización
FACTORES O DIMENSIONES	<p>4 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomía o Autodirección - Autoaceptación y Autoestima - Aceptación de las emociones y libertad de expresión de las emociones - Autenticidad y responsabilidad en las relaciones interpersonales
FIABILIDAD	<p>. El coeficiente alfa es de 0.65</p> <p>. La fiabilidad test-retest es de 0.69</p>
VALIDEZ	<p>. La correlación con el POI (Inventario de Orientación Personal) de Shostrom (1964) es de 0.67.</p> <p>. Los resultados de los análisis factoriales indican que los 4 factores explican el 43% de la varianza total</p>
COMENTARIO	En el análisis factorial aparece un quinto factor (con dos ítems) que los autores consideran conceptualmente no-interpretable. En un estudio posterior, realizado por Tucker y Dyson (1991) sobre la estructura factorial, se obtienen los mismos resultados.

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

NOMBRE	INVENTARIO DE ORIENTACION PERSONAL (<i>PERSONAL ORIENTATION INVENTORY, POI</i>)
AUTOR	Shostrom, E.L.
AÑO	1964
OBJETIVO	Evalúa la autoactualización, desde una perspectiva multidimensional. Está basado en la teoría de la Autoactualización de Maslow. Inicialmente fue diseñado para valorar la eficacia de la psicoterapia.
FACTORES O DIMENSIONES	12 dimensiones: - Valores de Auto-actualización - Existencialismo - Reactividad sentimental - Espontaneidad - Auto-observación - Auto-aceptación - Actuación acorde a la propia naturaleza - Sinergia - Aceptación de la agresión - Capacidad para contactos íntimos - Utilización del tiempo - Utilización del apoyo
FIABILIDAD	. El coeficiente de fiabilidad test-retest para las diferentes escalas oscila entre 0.91 y 0.93
VALIDEZ	. La correlación con valoraciones realizadas por expertos en autoactualización es de 0.69 . Las correlaciones de algunas subescalas con escalas del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) van de -0.41 a -0.67.
COMENTARIO	El propio autor ha creado una versión más refinada y extensa del POI, denominada <i>Personal Orientation Dimensions, POD</i> (Shostrom, 1974). La validación de esta nueva escala la han realizado Shostrom, Knapp y Knapp (1976).

NOMBRE	ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (<i>GENERAL SELF-EFFICACY SCALE, GSES</i>)
AUTOR	Schwarzer, R.
AÑO	1993
OBJETIVO	Evaluar la confianza que la persona tiene en su propia competencia para manejar situaciones complejas o estresante.
FACTORES O DIMENSIONES	Una única dimensión referida a la autoeficacia percibida
FIABILIDAD	El coeficiente alfa obtenido en diversos estudios oscila entre 0.79 y 0.93. En una muestra hispana, el valor alfa es de 0.81
VALIDEZ	. Las correlaciones con escalas de depresión están entre -0.42 y -0.52; con escalas de ansiedad van de -0.43 a -0.60; con escalas de optimismo oscilan entre 0.55 y 0.57 (según diversos estudios) . En análisis factoriales se obtiene un solo factor que explica el 39% de la varianza total.
COMENTARIO	Esta escala ha sido traducida a varios idiomas. La adaptación de la versión española ha sido realizada por Baessler y Schwarzer (1996)

NOMBRE	ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE (<i>TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE, TSCS</i>)
AUTOR	Fitts, W.H.
AÑO	1965
OBJETIVO	Evaluar el autoconcepto.
FACTORES O DIMENSIONES	<p>15 dimensiones organizadas en tres filas y cinco columnas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las dimensiones de las filas son: <ul style="list-style-type: none"> . Autoconcepto o identidad . Autoestima o autosatisfacción . Autocomportamiento - Las dimensiones de las columnas son: <ul style="list-style-type: none"> . Sí mismo físico . Sí mismo moral/ético . Sí mismo personal . Sí mismo Familiar . Sí mismo Social <p>La valoración puede realizarse con un único índice o con las diversas interacciones de filas y columnas.</p>
FIABILIDAD	. El coeficiente de fiabilidad test-retest para la puntuación global de la escala es de 0.92. Para las distintas escalas las correlaciones oscilan entre 0.80 y 0.91.
VALIDEZ	. Las correlaciones con las diversas escalas del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) y con el 16PF (16 Factores de Personalidad de Cattell) obtienen valores muy variables y en ningún caso son superiores a 0.70. . La correlación con una escala de afecto positivo es de 0.68 y con una escala de ansiedad es de -0.70.
COMENTARIO	El cuestionario ha sido traducido y adaptado al castellano por Garanto (1984). Este autor interpreta el índice global de la escala como una medida del concepto "Actitudes hacia sí mismo". Según Walsh (1984, citado en Bowling, 1996, pag. 191) los resultados empíricos no muestran un patrón consistente para las dimensiones de autoconcepto descritas por Fitts. Sin embargo, la escala es muy popular y se aplica con mucha frecuencia. Por ejemplo, Torres (1998a, 1998b) la utiliza en su tesis doctoral sobre "autoconcepto y calidad de vida en personas de la tercera edad".

NOMBRE	ESCALA DE AUTOESTIMA (<i>SELF-ESTEEM SCALE, SES</i>)
AUTOR	Rosenberg, M.
AÑO	1979; original, 1965
OBJETIVO	Evaluar la autoestima, entendida desde una perspectiva unidimensional, como indicador de la autovaloración personal.
FACTORES O DIMENSIONES	Una única dimensión evaluada mediante ítems positivos y negativos.
FIABILIDAD	. La consistencia interna tiene un coeficiente de 0.72 . La fiabilidad test-retest es de 0.92
VALIDEZ	. La correlación obtenida con el Inventario de Autoestima de Coopersmith es de 0.60.

En definitiva, la recopilación, que hemos realizado, de los instrumentos elaborados para evaluar la salud mental, muestra que la mayoría de escalas están diseñadas básicamente para detectar ausencia/presencia de enfermedad. Paradójicamente, esta concepción negativa de la salud se refleja incluso en los cuestionarios que manejan conceptos positivos. Esto confirma la necesidad de trabajar en la elaboración de instrumentos que tengan como objetivo prioritario evaluar la vertiente positiva de la salud mental.

PARTE EMPIRICA

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

La revisión de la bibliografía pone claramente de manifiesto la paradoja de que en el ámbito de la salud mental predomina el modelo de enfermedad. La psicología se ha dedicado fundamentalmente a investigar, entender o explicar la disfunción y los profesionales están formados para trabajar con la patología y no con la salud (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997). Las intervenciones van dirigidas, en general, al tratamiento y, por tanto, el objetivo fundamental es la curación. Los diferentes modelos que pretenden explicar el comportamiento general del ser humano, en realidad, solo estudian el comportamiento humano de los humanos que tienen problemas. Por ejemplo, cuando se definen los principios básicos del modelo cognitivo-conductual, es casi un tópico decir que: la conducta normal y anormal está controlada por los mismos principios pero ¿y la conducta de las personas que tienen más habilidades que la mayoría? Además, los micromodelos que desarrolla cada orientación también se centran en intentar entender los comportamiento patológicos (modelos para explicar la depresión, la agorafobia, etc.).

Esta “psicología de la enfermedad” ha generado aportaciones importantes en el tratamiento de los trastornos mentales y ha centrado las bases de la prevención. Sin embargo, cuando se explora el comportamiento normal hay una tendencia a focalizarse en las emociones negativas, en las características personales que pueden predisponer a padecer determinadas enfermedades o en los procesos que pueden crear conflictos. Los programas de prevención tienen como objetivo básico evitar enfermedades en poblaciones de riesgo e incluso, como sugieren Avia y Vázquez (1998), es frecuente que los programas de intervención, con una clara connotación positiva, dirigidos a aumentar el bienestar personal y la calidad de vida se utilicen fundamentalmente en poblaciones clínicas (esquizofrénicos, depresivos, etc.). En definitiva, la psicología se ha preocupado poco de estudiar los aspectos positivos del comportamiento humano

convirtiéndose en una psicología reparadora. Como indica Seligman, en el prefacio del libro de Avia y Vázquez (1998):

“No se trata de desechar el modelo de enfermedad, sino de reconocer que también necesitamos de una ciencia que nos informe sobre las virtudes humanas. Quiero recordar a los psicólogos que parte de su misión es la mejora de la vida normal, y que para acometer esta empresa el modelo de enfermedad no les será de mucha ayuda” (Avia y Vázquez, 1998, pág. 10)

En esta línea, se calcula que, en las sociedades occidentales, el porcentaje de población que padece o padecerá trastornos psiquiátricos gira entorno al 10-20% (Bowling, 1994). Esto implica que si nos limitamos a la perspectiva negativa o de enfermedad dejamos fuera del ámbito de la psicología al 80-90% de la población. Por tanto, resulta necesario dedicar un mayor esfuerzo a explorar las dimensiones positivas de la salud mental para conseguir que las vidas de los que están bien sean aún mejores. Debemos trabajar en esta dirección y, de hecho, existe ya un cierto cuerpo de conocimientos sobre conceptos como la plenitud (*flow*), el optimismo o la satisfacción; pero esta área de estudio representa sólo una ínfima parte dentro del universo de la psicología.

En el año 1958, Jahoda ya indica la necesidad de elaborar e implantar programas de salud mental que promuevan el desarrollo positivo del ser humano. En este sentido, estamos totalmente de acuerdo con Seligman (1990) cuando dice:

“En mi profesión se invierte gran parte del tiempo (y casi todo el dinero) tratando de conseguir que los que están mal no estén tan mal. Ayudar a los trastornados es un objetivo valioso, pero por alguna razón la psicología casi nunca se aproxima al objetivo complementario de hacer que las vidas de los que están bien sean aún mejores ... Si podía identificar de antemano a los que terminarían deprimidos, también tendría que estar en condiciones de identificar a los que nunca enfermarían” (Seligman, 1990, pág. 134.)

Finalmente, recogemos con placer las previsiones de futuro que augura Seligman, en el prefacio del libro de Avia y Vázquez (1998) señalando que:

“La psicología positiva, la ciencia social positiva que vislumbro para el siglo XXI, tendrá como una útil consecuencia indirecta la posibilidad de prevenir las enfermedades mentales graves, puesto que hay una serie de características positivas humanas que muy probablemente protegen contra la enfermedad mental: la valentía, el optimismo, las habilidades interpersonales, el trabajo, la ética, la esperanza, la responsabilidad, la honestidad o la perseverancia, por nombrar sólo unas cuantas. Pero también tendrá como efecto directo el poder comprender científicamente cómo desarrollar capacidades y virtudes cívicas personales y cómo alcanzar lo mejor de la vida” (Avia y Vázquez, 1998, pág. 12)

Por ello, con nuestro trabajo, nos hemos planteado **un primer objetivo general:**

“Reivindicar” los aspectos positivos de la psicología
--

Por otra parte, cuando entramos en la vertiente positiva de la salud encontramos declaraciones de intenciones, definiciones más o menos genéricas e intentos deslavazados de aproximarse al tema. Asimismo, en algunos modelos de salud mental general, como el de Warr (1987), aparecen componentes de carácter marcadamente positivos: bienestar psicológico, competencia, aspiración, autonomía y funcionamiento integrado. Sin embargo, el único intento de desarrollar un modelo teórico de salud mental positiva es el de Jahoda (1958) que, en opinión de los estudiosos del tema, resulta una de las recopilaciones criteriosales más completa que se ha realizado hasta la actualidad.

El modelo de Jahoda (1958) está ampliamente referenciado en los diversos trabajos, teóricos y empíricos, que contemplan la salud mental desde una perspectiva positiva. A modo de ejemplo, y para reflejar el enorme eco que tiene el trabajo de Jahoda, presentamos un pequeño breviario de algunas de las múltiples publicaciones que la citan: Avia y Vázquez, 1998; Baca, 1995; Block y Zautra, 1981; Costa, 1994; Farr, 1975;

Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997; García-Riaño, 1991; Gavin, 1975; Gesten, 1976; Handlarz, 1989; Harris y Brown, 1974; Hightower, 1990; Jarne y Requena, 1996; Lloret y González, 1994; McDowell y Newell, 1987; Mesa, 1986; Osterweil y Marom, 1978; Ruiz, 1982; Sánchez, 1991; Smith, 1959; Strupp y Hadley, 1977; Tizón, 1996; Trungadi, 1978; Tyler, Clark, Olson, Klapp, y Cheloha, 1983; Zautra y Goodhart, 1979; Zautra y Simons 1979; Wertheim, 1975

Jahoda (1958) describe el modelo a nivel teórico pero no realiza ninguna investigación para comprobar su validez empírica. Nos ha sorprendido, teniendo en cuenta la amplia repercusión que las ideas de Jahoda han tenido y tienen en los teóricos de la salud mental, no encontrar ningún intento de operativizar el modelo ni ninguna investigación que intente evaluarlo empíricamente. Prácticamente todos los autores se limitan a **citar** el nombre de los 6 criterios que configuran su estructura, sin entrar ni tan siquiera en la descripción del contenido de los mismos. El único trabajo localizado que aborda con un poco más de amplitud el estudio de Jahoda (1958) es el resumen realizado por el Dr. A. Sánchez (1991), de la Universidad de Barcelona. Este autor describe los seis criterios generales y cita (sin explicarlas) las diversas dimensiones que los componen. Asimismo, sugiere agrupar los seis criterios de salud mental positiva en tres bloques:

- Estructural o referido a la estructura interna de la persona. Incluiría los criterios numero 1 (actitudes hacia sí mismo) y numero 3 (integración)
- Adaptativo y de relación con el entorno. Englobaría los criterios numero 4 (autonomía), numero 5 (percepción de la realidad) y numero 6 (dominio del entorno)
- Evolutivo. Tendría el criterio numero 2 (crecimiento y autoactualización)

En definitiva, el modelo actualmente, y después de 41 años, está en el mismo punto en el que lo dejó la autora y presenta los siguientes handicaps:

- Los criterios no están operacionalmente definidos
- La definición conceptual está hecha en base a una recopilación de la literatura y, en ocasiones, aporta definiciones poco claras o contradictorias
- La mayoría de criterios están descritos con subcriterios o dimensiones que dan lugar a un modelo muy complejo que dificulta la tarea de operativizarlo.

En realidad, estos problemas coinciden, en gran parte, con algunas líneas de investigación sugeridas por la propia autora pero que ni tan solo se han iniciado. Por tanto, **el segundo objetivo** de nuestro trabajo es:

Hacer un primer intento de operativizar y evaluar empíricamente el modelo de salud mental positiva de Jahoda (1958) considerando los 6 criterios generales y las 16 dimensiones o criterios específicos que lo componen.

Finalmente, la revisión de la bibliografía muestra que no existe, o al menos no hemos sido capaces de localizar, ninguna escala que evalúe el constructo salud mental positiva. El campo de la evaluación refleja, en gran parte, el estado conceptual de la psicología y, por tanto, comparte las mismas deficiencias que hemos comentado en el plano teórico. En el desarrollo de nuestro trabajo hemos manejado alrededor de 200 escalas y las principales conclusiones son:

- Existe una amplia gama de escalas para detectar y evaluar trastornos mentales específicos
- La mayoría de escalas que evalúan la salud mental (como concepto global) la consideran una dimensión de la salud general y se centran en confirmar la presencia/ausencia de malestar psíquico (fundamentalmente explorando síntomas físicos de ansiedad y/o depresión). Normalmente se aplican a poblaciones con problemas o bien a población general para valorar el nivel de salud de la misma, es decir, para conocer los que están o no están enfermos.
- Las escalas que parten de conceptos positivos como bienestar o satisfacción se aplican, en muchas ocasiones, a población clínica. Cuando se utilizan en la población general (sana) el objetivo sigue estando orientado fundamentalmente a la detección de personas con problemas. Además, es bastante frecuente encontrar cuestionarios que evalúan el bienestar psicológico a través de ítems referidos a sintomatología psiquiátrica.

Por otra parte, en una revisión bibliográfica que ha contemplado: búsqueda manual en diversas hemerotecas y consulta de las bases de datos: Psyclit, Medline, Excerpta Medica Psiquiátrica, Healthstart y Eric, desde 1970 hasta la actualidad, se han localizado únicamente 5 estudios empíricos (cuatro internacionales y uno español) en cuyo título aparezca explícitamente el nombre de “salud mental positiva”. Estos trabajos utilizan escalas ya existentes que, como mucho, valoran conceptos afines o posibles dimensiones de la misma. Leak y McCarthy (1984) pretenden estudiar la relación entre medidas de conducta tipo A y medidas que ellos consideran de salud mental positiva: la autoestima, valorada a partir de la Escala de Autoestima (*Self-Esteem Scale*) de Rosenberg (1965) y la auto-actualización evaluada a través del *Personal Orientation Inventory* (Shostrom, 1965) y del *Creighton Actualization Scale* (Leak, 1984). Igualmente, Harris y Brown (1974) publican un artículo en el que analizan la correlación entre dos instrumentos que, según los autores, evalúan salud mental positiva: una escala que valora la adaptación a varios ámbitos comunitarios (*The Community Adaptation Schedule*) de Roen y Burnes (1968) y un cuestionario de auto-actualización (*The Personal Orientation Inventory, POI*) de Shostrom (1965). Asimismo, Shek (1998) realiza un estudio, en una muestra de adolescentes chinos, para explorar la relación entre síntomas psicológicos (evaluados a partir de *General Health Questionnaire* de Goldberg) y salud mental positiva, que el autor mide mediante los siguientes cuestionarios: *The Life Satisfaction Scale* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), *The Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1979), *The Purpose in Life Scale* (Crumbaugh, 1968; Shek, 1993) y *The Hopelessness Scale* (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974). Finalmente, Minsel, Becker y Korchin (1991) elaboran un cuestionario dirigido a profesores de diferentes países (Francia, Alemania, Grecia y Estados Unidos), para conocer su opinión sobre las características que definen a la persona mentalmente sana.

En España, el único trabajo que hemos localizado es el estudio llevado a cabo por Seva, Magallón, Merino y Sarasola (1990) en el que pretenden evaluar la salud mental positiva de la población urbana de Zaragoza. Para ello utilizan tres cuestionarios: una escala de satisfacción global (*The Global Satisfaction Scale*) adaptada del *Community Adaptation Schedule* de Roen y Burnes (1968), una escala de adaptación al estrés (*Adaptation to the Stress Scale*) y una escala de bienestar general (*The General Well-Being Scale*) adaptada del *General Well-Being Schedule* de Dupuy (1980).

En definitiva, todos estos datos nos llevan a plantear el **tercer objetivo** de nuestro trabajo:

Construir una escala para evaluar la salud mental positiva y analizar sus propiedades psicométricas.

Pensamos que la escala podría ser utilizada:

- Como instrumento de *screening* para la valoración del nivel de salud mental positiva, en población general.
- Como instrumento para evaluar la eficacia de programas de promoción de la salud mental. Posiblemente los programas de intervención dirigidos a potenciar las habilidades y los recursos personales, que hoy se aplican de forma puntual, formarán parte del quehacer habitual de la psicología del futuro.

En este sentido, nos sentimos plenamente identificados con la idea que Seligman aporta en el prefacio del libro de Avia y Vázquez (1998):

“Disponemos de un conjunto de medidas con las cuales podemos evaluar de forma fiable y válida estados negativos de depresión, miedo, anomia, agresión y desesperanza ... También hemos desarrollado ingeniosos métodos experimentales y modelos causales complejos para demostrar cómo la experiencia moldea tales estados y cómo éstos evolucionan en el transcurso de la vida; y fuimos también pioneros en intervenciones que han demostrado ser efectivas para deshacer tales estados indeseables. Ahora podemos recurrir a estos mismos métodos para medir, comprender y desarrollar las potencialidades humanas y las virtudes cívicas personales” (Avia y Vázquez, 1998, pág.11-12).

CAPITULO 4: PRIMER ESTUDIO
CONSTRUCCION Y ANALISIS PSICOMETRICO DEL
CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA SEGÚN
EL MODELO DE 16 FACTORES ESPECIFICOS

El modelo hipotético de trabajo en el que se basa el primer estudio está configurado por 6 factores generales, que equivalen a los 6 criterios de salud mental positiva descritos por Jahoda, 1958 (ver capítulo 2), y por 16 factores específicos o subfactores que se corresponden con las distintas dimensiones que, según la citada autora, definen a los criterios generales. Los 6 factores generales y los 16 factores específicos se organizan según se muestra en la tabla 4.1.

TABLA 4.1

Modelo hipotético de salud mental positiva formado por 16 factores específicos agrupados de forma desigual en 6 factores generales

FACTORES GENERALES	FACTORES ESPECIFICOS
Factor 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	Subfactores: . ACCESIBILIDAD DEL YO A LA CONCIENCIA (F1.1) . CONCORDANCIA YO REAL-YO IDEAL (F1.2) . AUTOESTIMA (F1.3) . SENTIDO DE IDENTIDAD (F1.4)
Factor 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION	Subfactores: . MOTIVACION POR LA VIDA (F2.1) . IMPLICACION EN LA VIDA (F2.2)
Factor 3: INTEGRACION	Subfactor: . RESISTENCIA AL ESTRÉS (F3.1)
Factor 4: AUTONOMIA	Subfactor: . CONDUCTA INDEPENDIENTE (F4.1)

Factor 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD	Subfactores: . PERCEPCION OBJETIVA (F5.1) . EMPATIA O SENSIBILIDAD SOCIAL (F5.2)
Factor 6: DOMINIO DEL ENTORNO	Subfactores: . SATISFACCION SEXUAL (F6.1) . ADECUACION EN EL AMOR, EL TRABAJO Y EL TIEMPO LIBRE (F6.2) . ADECUACION EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES (F6.3) . HABILIDAD PARA SATISFACER LAS DEMANDAS DEL ENTORNO (F6.4) . ADAPTACION Y AJUSTE (F6.5) . RESOLUCION DE PROBLEMAS (F6.6)

Los objetivos concretos de este primer estudio son:

- Construcción de un instrumento de medición de la salud mental positiva que se corresponda con la estructura planteada en el modelo hipotético.
- Análisis psicométrico del instrumento, para analizar la fiabilidad y la validez del mismo, y valorar el modelo hipotético planteado.

4.1 Método

4.1.1 Sujetos

El estudio se ha realizado con una muestra de 137 estudiantes de primer curso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

De los cuatro grupos de estudiantes de primer curso, se han seleccionado dos al azar (uno de turno de mañana y otro de turno de tarde) con el objetivo de obtener un número de sujetos suficientemente representativo para el análisis de los datos. La prueba se administró a todos los estudiantes de ambos grupos que el día de la pasación de la escala asistieron a clase. Cabe resaltar que no fueron avisados previamente y se les pasó

el cuestionario dentro de su horario académico como actividad sustitutiva de una clase magistral.

La muestra es mayoritariamente femenina y está formada por 117 mujeres y 20 hombres.

La edad media de los sujetos es de 20.2 años, con una desviación estándar de 4.1, el coeficiente de variabilidad es de 0.20 y el rango de 26 (con valores extremos de 17 y 43 años). La moda es de 18 años (38,9% de los sujetos) y la mediana de 19 años. Este ítem lo contestaron 126 estudiantes (sobre un total de 137) y es el único que tiene *missings*.

La mayoría de sujetos han nacido en Cataluña (89,7%) pero sus padres proceden, en general, de otras comunidades españolas. En concordancia con estos datos, el 68,6% de los estudiantes que componen la muestra utilizan el castellano como idioma predominante para hablar en casa.

Teniendo en cuenta las características del estudio, se preguntó a los sujetos acerca de su estado de salud física y mental, explorando: a) la existencia de problemas de salud (física y mental) y b) los contactos con profesionales de la asistencia clínica (general y especializada en salud mental).

El 91,9% de sujetos dice que no tiene problemas de salud física (ver tabla 4.2); sin embargo, el 33,1% ha visitado al médico durante el último mes a causa de enfermedades o alteraciones comunes (resfriados, controles oftálmicos, dentista, etc.).

Como se puede observar en la tabla 4.2, la mayoría de los sujetos (97%) indican que no tienen ningún problema de salud mental. De todas formas, el 14,8% de la muestra afirma que ha visitado a un psicólogo o a un psiquiatra a lo largo de su vida. Los problemas que han motivado las consultas son, por ejemplo: hipocondriasis, tics, obsesiones, inseguridad, depresión o dificultades en la elaboración de un duelo.

TABLA 4.2
Estado de salud física y mental

	SI	NO
Problemas de salud física	8,1%	91,9%
Problemas de salud mental	3%	97%
Visitas al médico	33,1%	66,9%
Visitas al especialista de salud mental	14,8%	85,2%

4.1.2 Material y procedimiento

Con el objeto de medir la salud mental positiva, se ha construido un cuestionario estructurado en 6 factores generales y 16 factores específicos (ver tabla 4.1). Para ello se han seguido tres pasos:

a) Definición conceptual de los factores

Como se ha indicado en el capítulo dos, Jahoda (1958) plantea una serie de criterios de salud mental positiva pero no los define. Por ello, el primer paso para la construcción del instrumento de ensayo ha sido definir conceptualmente los factores que componen el modelo.

Los 6 factores generales están descritos a partir de los distintos factores específicos que los configuran. En la tabla 4.3 se presenta la descripción conceptual de cada uno de los 16 subfactores.

TABLA 4.3

Definición conceptual de los factores específicos o subfactores del modelo hipotético de salud mental positiva

FACTOR GENERAL 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	
Subfactor 1.1: ACCESIBILIDAD DEL YO A LA CONCIENCIA	<p>Hace referencia a la capacidad de la persona para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y aceptar errores, capacidades y limitaciones, defectos, cualidades y virtudes, gustos y preferencias - Autocriticar los aspectos personales con los que se esté en desacuerdo - Explorar aspectos de su propio yo - Reflexionar acerca de sí mismo y de lo que le sucede - Tomar conciencia/ser consciente de los propios sentimientos (tanto positivos como negativos), de las propias emociones, de los propios estados de humor
Subfactor 1.2: CONCORDANCIA YO REAL-YO IDEAL	<p>Viene definido por la concordancia existente entre el concepto de sí mismo real y el concepto de sí mismo ideal (entre el "como soy" y el "como me gustaría ser"), con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos físicos - Aspectos personales - Aspectos sociales - Aspectos familiares - Aspectos éticos/morales
Subfactor 1.3: AUTOESTIMA	<p>Sentimientos acerca del sí mismo. Valoración que uno hace de sí mismo, en el sentido de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confianza en sí mismo - Satisfacción consigo mismo, con su aspecto físico - Importancia personal - Respeto hacia sí mismo - Aceptación de sí mismo

<p>Subfactor 1.4: SENTIDO DE IDENTIDAD</p>	<p>Viene definido por el concepto de sí mismo con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos físicos - Aspectos personales - Aspectos sociales - Aspectos familiares - Aspectos éticos/morales
--	--

<p>¡Error! Marcador no definido.FACTOR GENERAL 2: CRECIMIENTO Y</p>	
<p>Subfactor 2.1: MOTIVACION POR LA VIDA</p>	<p>La persona posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación positiva/optimista hacia el futuro - Propósitos, ideales y metas - Aspiraciones y deseos de superación
<p>Subfactor 2.2: IMPLICACION EN LA VIDA</p>	<p>La persona tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentido de crecimiento y desarrollo personal continuo - Interés por experiencias nuevas - Creatividad

<p>¡Error! Marcador no definido.FACTOR GENERAL 3: INTEGRACION</p>	
<p>Subfactor 3.1: RESISTENCIA AL ESTRES</p>	<p>La persona posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio emocional / Resistencia / Control emocional / Autocontrol - Tolerancia al estrés / Vitalidad / Tolerancia a la ansiedad - Tolerancia a la frustración - Flexibilidad / Relatividad - Responsabilidad por los actos propios / Responsabilidad personal

¡Error! Marcador no definido.FACTOR GENERAL 4: AUTONOMIA	
Subfactor 4.1: CONDUCTA INDEPENDIENTE	La persona posee: <ul style="list-style-type: none"> - Independencia - Autosuficiencia / Seguridad personal / Autorregulación de su conducta / confianza en sí mismo - Autorresponsabilidad - Autocuidado - Iniciativa - Afrontamiento de las situaciones versus evitación - Autorreflexividad

¡Error! Marcador no definido.FACTOR GENERAL 5: PERCEPCION DE LA	
Subfactor 5.1: PERCEPCION OBJETIVA	La persona posee: <ul style="list-style-type: none"> - Percepción objetiva del entorno (<i>reality testing</i>– correspondencia o discrepancia entre deseos propios y realidad externa) - Adaptación a la realidad - Contacto con la realidad - Percepción libre no distorsionada por necesidades
Subfactor 5.2: EMPATIA SENSIBILIDAD SOCIAL	Capacidad de la persona para: <ul style="list-style-type: none"> - Comprometerse / Implicarse socialmente - Desear ayudar al otro / Predisposición a brindar ayuda / Responder a los problemas de los demás - Respetar / Aceptar a los otros - Comprender a los otros / sensibilidad para con los sentimientos y necesidades ajenas / Perceptividad del sufrimiento ajeno - Confianza en los demás

¡Error! Marcador no definido. FACTOR GENERAL 6: DOMINIO DEL ENTORNO	
<p>Subfactor 6.1: SATISFACCION SEXUAL</p>	<p>Capacidad de la persona para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar y experimentar placer sexual en las relaciones intimas - Establecer relaciones intimas con personas del sexo que le atrae - Establecer relaciones amorosas llenas y completas - Disfrutar del sexo y ser un buen amante - Dar importancia al amor y al placer en las relaciones intimas - Enamorar, amar y disfrutar del sexo
<p>Subfactor 6.2: ADECUACION EN EL AMOR, TRABAJO Y TIEMPO LIBRE</p>	<p>Capacidad de la persona para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentirse querido y deseado - Expresar afecto a las personas que quiere - Estudiar / Ser un buen estudiante / Sentirse satisfecho de los estudios - Disfrutar en el tiempo libre / Saber divertirse / Realizar actividades recreativas - Obtener satisfacciones de la vida cotidiana separando obligaciones de deseos
<p>Subfactor 6.3: ADECUACION EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES</p>	<p>Capacidad de la persona para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener buenas relaciones con la gente / Relacionarse con los demás de forma abierta, autentica y sincera - Establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias - Sentirse aceptado y querido por los demás/ por su familia - Sentirse satisfecho de sus relaciones interpersonales / de sus relaciones con la familia/ con los amigos / con los compañeros de clase - Gustarle la gente

Subfactor 6.4: HABILIDAD PARA SATISFACER LAS DEMANDAS DEL ENTORNO	Capacidad de la persona para: <ul style="list-style-type: none"> - Comportarse adecuadamente en cada situación - Adaptarse al trabajo en grupo - Pedir aclaraciones cuando algo no le queda claro - Ser asertivo
Subfactor 6.5: ADAPTACION Y AJUSTE	Capacidad de la persona para: <ul style="list-style-type: none"> - Valorar positivamente el presente - Vivir / Adaptarse a múltiples contextos y ambientes - Asimilar / Adaptarse a los cambios / Aceptar los cambios y valorarlos positivamente - Aceptar lo inmodificable / Disfrutar de los cambios
Subfactor 6.6: RESOLUCION DE PROBLEMAS	Capacidad de la persona para: <ul style="list-style-type: none"> - Aceptar que los problemas forman parte de la vida cotidiana - No acumular problemas/ solucionar problemas - Pensar en los problemas - Solicitar ayuda, información - Reconocer / Afrontar los problemas - Buscar alternativas de solución

b) Revisión de cuestionarios y creación de ítems

Una vez definidos los factores se ha realizado, en primer lugar, una búsqueda exhaustiva (manual e informatizada) de información vinculada al concepto global de salud mental positiva y , muy especialmente, a los distintos criterios que configuran el modelo.

Posteriormente se han intentado localizar cuestionarios que midan, de forma directa o indirecta, conceptos afines a la salud mental positiva o que evalúen alguno de los criterios

específicos propuestos por Jahoda (1958). La búsqueda ha permitido encontrar alrededor de 200 escalas, de las cuales se han seleccionado las 50 que tienen una relación más directa con los criterios de salud mental positiva.

La información localizada ha servido de base para crear una amplia batería de ítems y, después de analizar su idoneidad para evaluar los criterios del modelo, se han seleccionado 15 ítems para cada uno de los 16 subfactores; esto genera un cuestionario inicial con un total de 240 ítems. La escala ha sido entregada a cinco expertos en materia de salud mental para que valorarán su estructura y la pertinencia de los ítems para “medir” el concepto de salud mental positiva. Las sugerencias aportadas por los especialistas están descritas en el apartado de validez de contenido (ver pp. 164-165).

c) Estructuración del cuestionario

El primer cuestionario de salud mental positiva, tomando en consideración la valoración de los expertos, ha quedado constituido por 176 ítems, distribuidos de forma equivalente entre los 16 factores específicos del modelo planteado (11 ítems por subfactor). La estructura definitiva se presenta en la tabla 4.4.

TABLA 4.4

Numero de ítems para cada factor general, en función del número de subfactores

¡Error! Marcador no definido. FACTORES GENERALES	Nº DE SUBFACTORES	Nº TOTAL DE ITEMS PARA CADA FACTOR GENERAL
Factor 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	Nº de subfactores: 4 F1.1-Accesibilidad del yo a la conciencia F1.2-Concordancia yo real-yo ideal F1.3-Autoestima F1.4-Sentido de la identidad	4 subfactores x 11 ítems por subfactor TOTAL: 44 ítems

Factor 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION	Nº de subfactores: 2 F2.1-Motivación por la vida F2.2-Participación en la vida	2 subfactores x 11 ítems por subfactor TOTAL: 22 ítems
Factor 3: INTEGRIDAD	Nº de subfactores: 1 F3.1-Resistencia al estrés	1 subfactor x 11 ítems por subfactor TOTAL: 11 ítems
Factor 4: AUTONOMIA	Nº de subfactores: 1 F4.1-Conducta independiente	1 subfactor x 11 ítems por subfactor TOTAL: 11 ítems
Factor 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD	Nº de subfactores: 2 F5.1-Percepción objetiva F5.2-Empatía o Sensibilidad social	2 subfactores x 11 ítems por subfactor TOTAL: 22 ítems
Factor 6: DOMINIO DEL ENTORNO	Nº de subfactores: 6 F6.1-Satisfacción sexual F6.2-Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre F6.3-Adecuación en las relaciones interpersonales F6.4-Habilidad para satisfacer las demandas del entorno F6.5-Adaptación y ajuste F6.6-Resolución de problemas	6 subfactores x 11 ítems por subfactor TOTAL: 66 ítems

Los ítems se formulan como afirmaciones (positivas y negativas) y se ofrecen cuatro alternativas de respuesta, que van desde *siempre o casi siempre* hasta *nunca o casi nunca*. De los 176 ítems, 129 son de carácter positivo y 47 de carácter negativo. En la tabla 4.5 se presenta la distribución de los ítems que componen cada factor, así como el número y el valor (positivo/negativo) que se les asigna en la composición final del cuestionario.

TABLA 4.5

Distribución de ítems por factor y valor (positivo/negativo) de cada ítem

¡Error! Marcador no definido.FACTOR 1							
Subfactor 1.1		Subfactor 1.2		Subfactor 1.3		Subfactor 1.4	
1	+	2	+	3	+	4	-
17	+	18	+	19	-	20	-
33	+	34	+	35	+	36	-
49	+	50	+	51	+	52	+
65	+	66	+	67	-	68	+
81	+	82	+	83	+	84	+
97	+	98	+	99	-	100	+
113	+	114	-	115	-	116	+
129	+	130	-	131	+	132	+
145	+	146	+	147	+	148	+
161	+	162	-	163	-	164	-
FACTOR 2				FACTOR 3		FACTOR 4	
Subfactor 2.1		Subfactor 2.2		Subfactor 3.1		Subfactor 4.1	
5	+	6	+	7	-	8	-
21	-	22	-	23	-	24	-
37	+	38	+	39	+	40	+
53	-	54	+	55	+	56	-
69	+	70	-	71	-	72	-
85	+	86	+	87	+	88	+
101	+	102	+	103	+	104	-
117	+	118	-	119	+	120	+
133	+	134	+	135	+	136	+
149	+	150	+	151	+	152	+
165	-	166	+	167	-	168	+
FACTOR 5				FACTOR 6			
Subfactor 5.1		Subfactor 5.2		Subfactor 6.1		Subfactor 6.2	
9	+	10	+	11	+	12	+
25	-	26	-	27	+	28	+
41	+	42	+	43	+	44	+
57	+	58	+	59	+	60	+
73	-	74	+	75	+	76	-
89	-	90	-	91	+	92	+
105	+	106	+	107	+	108	+
121	+	122	+	123	+	124	+
137	+	138	+	139	+	140	+
153	+	154	+	155	+	156	+
169	-	170	+	171	+	172	+

¡Error! Marcador no definido. FACTOR 6 (continuación)							
Subfactor 6.3		Subfactor 6.4		Subfactor 6.5		Subfactor 6.6	
13	+	14	+	15	-	16	+
29	+	30	+	31	-	32	+
45	-	46	-	47	+	48	-
61	-	62	+	63	+	64	-
77	+	78	+	79	+	80	+
93	+	94	+	95	+	96	-
109	+	110	+	111	-	112	+
125	+	126	+	127	+	128	+
141	+	142	-	143	+	144	+
157	+	158	-	159	+	160	-
173	+	174	+	175	+	176	-

En el Anexo I se presenta el instrumento de ensayo, tal y como se ha administrado a los sujetos.

Las puntuaciones cuantitativas que se han asignado a las distintas alternativas de respuesta son las siguientes:

- SIEMPRE O CASI SIEMPRE valor 4
- CON BASTANTE FRECUENCIA valor 3
- ALGUNAS VECES valor 2
- NUNCA O CASI NUNCA valor 1

Finalmente, el instrumento de ensayo ha sido administrado, dentro del horario de clase, por la propia autora de la investigación. Las instrucciones están especificadas en el inicio del cuestionario (ver anexo I) y van dirigidas a controlar algunos de los errores potenciales de respuesta señalados por autores como Cronbach (1990), Gómez (1997), Nunnally y Bernstein (1995) y Polit (1991), con relación a:

- Crear un clima de colaboración adecuado
- Garantizar el anonimato
- Invitar a la sinceridad, enfatizando especialmente que la escala no es una prueba con respuestas acertadas y respuestas incorrectas
- Formular ítems positivos y negativos para neutralizar el efecto de aquiescencia.

Análisis de datos

En el análisis de datos se han utilizado los programas ITEMAN (Assessment Systems Corporation, 1994) y SPSS (Norusis, 1998) versión 8.0.

Para la valoración psicométrica del cuestionario se han realizado los siguientes análisis:

a) Análisis de ítems mediante:

- Índice de homogeneidad ítem-test, considerando dos estructuras:

6 factores generales

16 factores específicos o subfactores

- Medidas descriptivas de frecuencias y varianzas

b) Análisis de Fiabilidad mediante el Coeficiente Alfa propuesto por Cronbach (1951), considerando dos estructuras:

6 factores generales

16 factores específicos o subfactores

c) Análisis de Validez.

- **Validez de contenido:** se han seleccionado jueces expertos en el tema.
- **Validez de constructo:** se han realizado análisis factoriales exploratorios, utilizando el método de componentes principales, para cada uno de los factores generales, explorando su estructura según la configuración de los factores específicos.

4.2 Resultados

4.2.1 Análisis de ítems

Los ítems han sido analizados a partir del **índice de homogeneidad** (correlación ítem/factor); se ha realizado un análisis de los 6 factores generales y otro de los 16 subfactores. Para seleccionar los ítems a revisar se ha aplicado el criterio de que tengan una correlación ítem/factor inferior a 0.25 o bien que la correlación sea negativa cuando el sentido del ítem es positivo. En el análisis de 6 factores hay 150 ítems que cumplen los criterios establecidos y en el de 16 subfactores 166.

Los resultados de los ítems a revisar/eliminar se muestran en las tablas 4.6 y 4.7. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- En el análisis de 6 factores quedan pendientes de revisión/eliminación un total de 26 ítems y en el de 16 subfactores el número de ítems a revisar/eliminar es de 10. Sin embargo, de estos 10 ítems, 8 se corresponden con los eliminados en el análisis de factores generales. Por tanto, los únicos ítems que se añaden al *pool* pendiente de revisar” son el ítem nº 162 del subfactor F1.2 y el ítem nº 118 del subfactor F2.2.
- En ambos análisis quedan aceptados todos los ítems de los factores 3 y 4. Los ítems del factor 2 están todos aceptados en el análisis de factores generales pero en el análisis de subfactores se elimina un ítem del subfactor F2.2. El resto de factores (factor 1, 5 y 6) y subfactores tienen ítems que, según el criterio establecido, deben ser revisados/eliminados.

En definitiva, según los resultados del análisis de discriminación interna o índice de homogeneidad de ambas estructuras, deberían revisarse o eliminarse un total de 28 ítems.

También se han realizado análisis de las **frecuencias y varianza** de los ítems. Para la interpretación de los resultados se ha aplicado el criterio de revisar el ítem cuando la varianza es inferior a 0.30, lo cual se corresponde con una frecuencia de respuesta cero o próxima a cero en alguna de las alternativas de respuesta. Aunque el cuestionario admite la posibilidad de que exista la frecuencia cero, en alguna alternativa de respuesta, se utiliza este criterio para reflexionar sobre el contenido y/o el redactado del ítem.

Los resultados indican que en total hay 11 ítems con una varianza inferior al criterio establecido y con una proporción de respuesta baja en alguna/s alternativa/s. En el análisis de 6 factores hay 4 que tienen ítems pendientes de revisión y en el estudio de 16 subfactores hay 10 ítems “dudosos”. En ambos análisis los ítems de los factores 3 y 4 son aceptables, lo cual coincide con los resultados obtenidos en el análisis de discriminación interna. En las tablas 4.6 y 4.7 se presenta una relación de los ítems que deben ser revisados.

Cinco de los 11 ítems que, según los resultados obtenidos, deben ser revisados (26, 73, 114, 118 y 130) también resultan problemáticos en el análisis de discriminación interna. Los 6 restantes, se “suman” a los 28 que están pendientes de revisión/eliminación según el análisis del índice de homogeneidad. Por tanto, el resultado global de los diferentes análisis de ítems indica que hay 34 ítems a revisar/eliminar.

La distribución de estos 34 ítems, según los factores generales y específicos del modelo hipotético, se presenta en la tabla 4.8. El aspecto más relevante es que todos los ítems del subfactor F1.2 “Concordancia yo real-yo ideal” son problemáticos. Los subfactores F2.1, F3.1 y F4.1 quedan aceptados en su totalidad. El resto de subfactores tienen algún ítem para revisar/eliminar.

TABLA 4.8

Número de ítems a revisar/eliminar, según análisis de ítems, para 6 factores generales y 16 factores específicos

FACTORES GENERALES	SUBFACTORES
F1: 16 ítems	F1.1: 2 ítems F1.2: 11 ítems F1.3: 1 ítem F1.4: 2 ítems
F2: 1 ítem	F2.1: 0 ítems F2.2: 1 ítem
F3: 0 ítems	F3.1: 0 ítems
F4: 0 ítems	F4.1: 0 ítems
F5: 3 ítems	F5.1: 2 ítems F5.2: 1 ítem
F6: 14 ítems	F6.1: 2 ítems F6.2: 1 ítem F6.3: 1 ítem F6.4: 4 ítems F6.5: 4 ítems F6.6: 2 ítems

4.2.2 Fiabilidad

Como indicador de la consistencia interna del cuestionario se utiliza el coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951). El criterio que se establece para considerar aceptable el coeficiente es que su valor sea igual o superior a 0.70.

El coeficiente de fiabilidad se analiza para la estructura de 6 factores generales y para la estructura de 16 subfactores.

En la tabla 4.9 se recogen los coeficientes alfa de los 6 factores generales. Todos presentan un índice de fiabilidad superior al criterio establecido, que oscila entre el 0.71 del factor “Actitudes hacía si mismo” (F1) y el 0.91 del factor “Dominio del entorno” (F6). Asimismo, se muestran los valores del error típico de medida (SEM) para cada factor, que oscilan entre 0.09 del factor F6 y 0.22 del factor F4.

TABLA 4.9
Coeficientes alfa y SEM para 6 factores

Factores	Alfa	SEM
Factor 1: Actitudes hacía sí mismo	0.714	0.12
Factor 2: Crecimiento y autoactualización	0.848	0.15
Factor 3: Integración	0.718	0.21
Factor 4: Autonomía	0.797	0.22
Factor 5: Percepción de la realidad	0.789	0.14
Factor 6: Dominio del entorno	0.911	0.09

Los coeficientes alfa obtenidos en el análisis de 16 subfactores y el incremento del coeficiente, cuando se eliminan los ítems propuestos, se presentan en la tabla 4.10. Pueden destacarse los siguientes aspectos:

- Los subfactores F1.3, F2.1, F5.2 y F6.1 tienen un alfa inicial superior a .70. Asimismo, los subfactores F2.2, F4.1 y F6.3 alcanzan el criterio establecido cuando se eliminan los ítems indicados en la tabla 4.10.
- Los subfactores F1.1, F1.2, F3.1, F6.2 y F6.4 no obtienen un coeficiente alfa adecuado, pero se acercan al valor 0.70 si se eliminan los ítems indicados en la tabla. La mayoría de los ítems que se proponen para eliminar ya eran problemáticos en el análisis de ítems. En concreto, el ítem nº97 del subfactor F1.1 tenía una correlación muy baja (0.14), el ítem nº162 del subfactor F1.2 presentaba una correlación negativa (-0.29) y el ítem nº46 del subfactor F6.4 tenía una varianza baja (0.28).
- Los subfactores F1.4, F5.1, F6.5 y F6.6 tienen coeficientes alfa bajos, incluso eliminando el ítem propuesto.

TABLA 4.10
Coefficientes alfa y SEM para 16 subfactores

¡Error! Marcador no definido. Subfactor	Alfa	Posible ítem a eliminar	Nuevo alfa	Incremento	SEM
Subfactor 1.1	0.6675	97	0.6756*	0.0081	0.22
Subfactor 1.2	0.5169	162	0.6422*	0.1253	0.25
Subfactor 1.3	0.8457	131	0.8560	0.0103	0.19
Subfactor 1.4	0.4377	4	0.5412*	0.1035	0.22
Subfactor 2.1	0.7794	165	0.7867	0.0073	0.20
Subfactor 2.2	0.6937	54	0.7005	0.0068	0.21
Subfactor 3.1	0.6003	119	0.6955	0.0952	0.21
Subfactor 4.1	0.6679	40	0.7732	0.1053	0.22
Subfactor 5.1	0.1996	25	0.3106*	0.1110	0.21
Subfactor 5.2	0.7154	90	0.7788	0.0634	0.18
Subfactor 6.1	0.7928	Ninguno	-	-	0.21
Subfactor 6.2	0.6055	76	0.6840	0.0785	0.21
Subfactor 6.3	0.6247	61	0.7238	0.0991	0.19
Subfactor 6.4	0.5784	46	0.6443*	0.0659	0.23
Subfactor 6.5	0.3978	15	0.5430*	0.1452	0.22
Subfactor 6.6	0.1380	160	0.3208*	0.1828	0.20
*Coefficientes alfa que no llegan al valor 0.70 aún eliminando el ítem sugerido					

Los errores típicos de medida (SEM) que se obtienen en cada subfactor no son excesivamente elevados (ver tabla 4.10).

4.2.3 Validez

Validez de contenido

Para la validez de contenido se han consultado expertos en salud mental que, tomando el modelo hipotético planteado como marco de referencia conceptual, han analizado el cuestionario Inicial.

Las reflexiones aportadas han sido las siguientes:

1. **Eliminación de ítems.** Los ítems que se han suprimido, del cuestionario inicial, por acuerdo unánime de los expertos se presentan en la tabla 4.11. Puesto que esta escala supone un primer intento de “medir” la salud mental positiva, se han mantenido los ítems en los que había opiniones divergentes, dejando que los análisis estadísticos definieran su eliminación o inclusión.

TABLA 4.11

Relación de ítems a eliminar, según valoración de expertos

Factores específicos	Ítems sugeridos para eliminar
Accesibilidad del yo a la conciencia (F1.1)	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando me equivoco me doy cuenta de ello - Soy consciente de mis propias emociones - Conozco mis sentimientos - Conozco muy bien mi forma de ser
Concordancia yo real-yo ideal (F1.2)	<ul style="list-style-type: none"> - No soy la persona que me gustaría ser
Autoestima (F1.3)	<ul style="list-style-type: none"> - No soy ni mejor ni peor que los demás
Implicación en la vida (F2.2)	<ul style="list-style-type: none"> - Las circunstancias desfavorables de mi vida me sirven para aprender y madurar - En mi vida cotidiana tengo muchas ideas creativas.
Resistencia al estrés (F3.1)	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando me surgen problemas me siento débil e incapaz de afrontarlos - Soy una persona que tengo bastante paciencia - Me tomo las cosas con filosofía - Los fracasos me los tomo con filosofía
Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre (F6.2)	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando quiero a alguien se lo hago saber - Me gusta jugar - Soy capaz de cultivar hobbies

- 2. Cambio de ítems de un subfactor a otro.** Los expertos han sugerido, por cuestiones de contenido, cambiar dos ítems de subfactor. En concreto, el ítem “para mi la vida es aburrida y monótona” que en el cuestionario estaba en el subfactor F2.1 pasa al subfactor F2.2. Igualmente, el ítem “expreso el afecto que siento a las personas que quiero” inicialmente situado en el subfactor F6.1, queda ubicado en el subfactor F6.2. Al igual que en la eliminación de ítems, se han tenido en cuenta las sugerencias de cambio cuando el acuerdo ha sido unánime y se ha mantenido la decisión inicial cuando la opinión de los expertos no ha coincidido.
- 3. Modificación del redactado de algunos ítems.** Los expertos han recomendado modificar la redacción de algunos ítems debido a diferentes causas como, por ejemplo, la longitud, la ambigüedad de algún término o la complejidad gramatical.
- 4. Longitud del Cuestionario.** La mayoría de expertos opinaron que el cuestionario era excesivamente largo. Sin embargo, comentaron que era aceptable como cuestionario piloto debido a que la medición de la salud mental positiva es un tema complejo y poco explorado.
- 5. Valoración de subfactores o factores específicos.** Dos de los expertos sugirieron la posibilidad de reducir el número de subfactores ya que, en su opinión, algunos se podían solapar. En concreto, indicaron que para el factor 1 “Actitudes hacía sí mismo” sería suficiente con dos subfactores y que el factor 5 “Percepción de la realidad” podría quedar configurado por un solo subfactor, en lugar de dos. Sin embargo, al menos en este estudio, se ha decidido mantener la estructura propuesta por Jahoda (1958).

Validez de constructo

La validez de constructo se ha evaluado a través de análisis factoriales exploratorios.

Para valorar la viabilidad de la estructura de 16 subfactores planteados por el modelo de Jahoda (1958) (ver tabla 4.12), se ha realizado un análisis factorial exploratorio de cada uno de los 6 factores generales.

TABLA 4.12

Composición de los factores generales

Factor General 1 (Actitudes hacia sí mismo): compuesto por 44 ítems (4 subfactores)
Factor General 2 (Crecimiento y autoactualización): compuesto por 22 ítems (2 subfactores)
Factor General 3 (Integración): compuesto por 11 ítems (1 subfactor)
Factor General 4 (Autonomía): compuesto por 11 ítems (1 subfactor)
Factor General 5 (Percepción de la realidad): compuesto por 22 ítems (2 subfactores)
Factor General 6 (Dominio del entorno): compuesto por 66 ítems (6 subfactores)

El criterio de inclusión para seleccionar los factores ha sido el de tener un valor propio superior a uno. Posteriormente, se seleccionaron los ítems cuyo grado de saturación es igual o superior a 0.40.

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 4.13. Conviene destacar los siguientes aspectos:

- El porcentaje de varianza explicada es alto en todos los factores, oscilando entre el 55,4% del factor 4 “Autonomía” y el 70,8% del factor 6 “Dominio del entorno”.
- El número de factores resultantes dentro de cada factor general es, en todos los casos, superior al esperado y, como se puede observar, proporcional a la cantidad de ítems que componen cada factor general. Es decir, cuanto mayor es el número de ítems más factores se generan en los análisis.

- Los factores generales F4 (Autonomía), F1 (Actitudes hacia sí mismo) y F3 (Integración) son los que tienen un mayor porcentaje de ítems (entre el 72,7% y el 90,9%) con una saturación superior a 0.40. Los factores F2 (Crecimiento y autoactualización) y F5 (Percepción de la realidad) tienen ambos el 63,6%. El factor F6 “Dominio del entorno” (a pesar de ser el factor que estaba configurado por un mayor número de ítems) tiene solo el 30,3% de ítems con una saturación superior a 0.40.

TABLA 4.13

Resultados Análisis Factoriales Exploratorios de cada uno de los 6 Factores Generales, con sus subfactores y Resultados Primer Factor Resultante de cada uno de los Análisis Factoriales Exploratorios

FACTORES GENERALES -Modelo hipotético-	Nº DE FACTORES RESULTANTES	VARIANZA EXPLICADA	VARIANZA EXPLICADA POR EL PRIMER FACTOR RESULTANTE	ITEMS CON SATURACION SUPERIOR A .40		ITEMS CON SATURACIÓN SUPERIOR A .40 EN EL PRIMER FACTOR RESULTANTE	
				N	%	N	%
Factor 1	13	66,7%	19,9%	36	81,8	21	58,3
Factor 2	7	63 %	26,7%	14	63,6	14	100
Factor 3	4	61,2%	28%	8	72,7	6	75
Factor 4	3	55,4%	33,6%	10	90,9	5	50
Factor 5	7	60,7%	21,2%	14	63,6	5	35,7
Factor 6	20	70,8%	18,1%	36	30,3	23	63,9

De la matriz factorial resultante en cada uno de los 6 factores generales se pueden destacar los siguientes aspectos: (reflejados en la tabla 4.13)

- **Factor General 1:** está compuesto por 13 factores de los que destaca el factor 1 que cuenta con 21 ítems y explica el 19,9% de la varianza. Los factores 2 y 6 tienen 3 ítems y el resto están formados por uno o dos ítems (factores 3, 4, 7, 8, 9 y 10) o bien tienen ítems cuya carga factorial es inferior a 0.40 (factores 5, 11, 12 y 13).
- **Factor General 2:** consta de 7 factores entre los que resalta el factor 1 compuesto por 14 ítems aceptados y que explican el 26,7% de la varianza. El resto de factores, claramente secundarios, están configurados por ítems con cargas factoriales inferiores a 0.40
- **Factor General 3:** está formado por 4 factores de entre los que predomina el factor 1 configurado por 6 ítems y explicando el 28% de la varianza. En los factores 2 y 3 satura un solo ítem con carga superior a 0.40 y en el factor 4 ninguno.
- **Factor General 4:** está configurado por 3 factores, de los que destaca el factor 1 que cuenta con 5 ítems y explica el 33,6% de la varianza total. Los otros dos factores presentan pocos ítems y con cargas factoriales inferiores a 0.40.
- **Factor General 5:** consta de 7 factores entre los que resalta el factor 1 compuesto por 5 ítems y explicando el 21,2% de la varianza. En el factor 3 saturan por encima de 0.40 tres ítems y en el resto de factores máximo uno o dos.
- **Factor General 6:** está compuesto por 20 factores. Destaca primordialmente el factor 1 en el que saturan 23 de los 36 ítems aceptados y explica el 18,1% de la varianza. Los factores 2, 5 y 6 tienen tres ítems. El resto de factores están constituidos por uno o dos ítems (factores 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12 y 16) o bien tienen ítems cuya carga factorial es inferior a 0.40 (factores 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 y 20).

En síntesis, se puede observar que en ninguno de los factores explorados se cumple la estructura de subfactores planteada hipotéticamente. Los factores generales resultan de

carácter prácticamente unidimensional, configurándose un primer factor que explica un elevado porcentaje de varianza y acumula la mayoría de los ítems.

El porcentaje de ítems que saturan por encima de 0.40 en el primer factor derivado de cada factor general oscila entre el 35,7 en el factor 5 y el 100% en el factor 2 (ver tabla 4.13). En el factor 5 el porcentaje de ítems que saturan en el primer factor del análisis exploratorio es menor que en los restantes, sin embargo, los ítems que lo configuran pertenecen todos a un mismo subfactor del modelo hipotético.

Con respecto a los otros factores resultantes de cada uno de los análisis, quedan configurados por ítems cuyas cargas factoriales son inferiores a 0.40 o bien por un número muy reducido de ítems (máximo tres por factor).

Relacionando el primer factor resultante de cada uno de los análisis factoriales con la estructura hipotética planteada, destacan los siguientes resultados: (reflejados en la tabla 4.14)

- **Factor 1 “Actitudes hacia sí mismo”**: el primer factor está compuesto básicamente por ítems del subfactor 1.3 “*Autoestima*” (9 ítems) e ítems del subfactor 1.4 “*Sentido de identidad*” (6 ítems). En menor medida (4 ítems) participa el subfactor 1.2 “*Concordancia yo real-yo ideal*”, mientras que el subfactor 1.1 “*Accesibilidad del yo a la conciencia*” aporta solo 2 ítems.
- **Factor 2 “Crecimiento y autoactualización”**: de los 14 ítems que saturan por encima de 0.40 en el primer factor, 9 corresponden al subfactor 2.1 “*Motivación por la vida*” y 5 ítems al subfactor 2.2 “*Participación en la vida*”.
- **Factor 3 “Integración” y Factor 4 “Autonomía”**: como ambos estaban configurados inicialmente por un solo subfactor, los ítems que saturan en el primer factor se corresponden con el subfactor previsto.
- **Factor 5 “Percepción de la realidad”**: todos los ítems que saturan en el primer factor corresponden al subfactor 5.2 “*Empatía o sensibilidad social*”. No hay ningún ítem del subfactor 5.1 “*Percepción objetiva*” que sature por encima de 0.40.

- **Factor 6 “Dominio del entorno”**: el primer factor está compuesto por ítems que pertenecen a los diversos subfactores planteados en el modelo hipotético. Los subfactores F6.2 (Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre), F6.3 (Adecuación en las relaciones interpersonales) y F6.5 (Adaptación y ajuste) aportan cinco ítems cada uno. Los 8 ítems restantes provienen del subfactor F6.6 “Resolución de problemas” (4 ítems), F6.4 “Habilidad para satisfacer las demandas del entorno” (3 ítems) y F6.1 “Satisfacción sexual” (1 ítem).

TABLA 4.14

Relación de subfactores del modelo hipotético que configuran la estructura factorial del primer factor resultante

FACTORES GENERALES -Modelo hipotético-	PRIMER FACTOR RESULTANTE -Análisis Factorial Exploratorio-	
	Nº ítems	Correspondencia con los SUBFACTORES del Modelo hipotético
FACTOR 1	21	2 ítems del subfactor 1.1 4 ítems del subfactor 1.2 9 ítems del subfactor 1.3 6 ítems del subfactor 1.4
FACTOR 2	14	9 ítems del subfactor 2.1 5 ítems del subfactor 2.2
FACTOR 3	6	6 ítems del subfactor 3.1
FACTOR 4	5	5 ítems del subfactor 4.1
FACTOR 5	5	5 ítems del subfactor 5.2
FACTOR 6	23	1 ítem del subfactor 6.1 5 ítems del subfactor 6.2 5 ítems del subfactor 6.3 3 ítems del subfactor 6.4 5 ítems del subfactor 6.5 4 ítems del subfactor 6.6

4.3 CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio se ha comprobado que la estructura de 16 factores específicos agrupados en 6 factores generales no se cumple. En todos los análisis se obtiene un primer factor que explica un porcentaje elevado de varianza y agrupa un número muy elevado de ítems en relación al resto de los factores que, en el mejor de los casos, están formados por tres ítems.

Por otro lado, el número de factores resultantes dentro de cada análisis factorial es siempre superior al propuesto en la estructura hipotética y, por lo tanto, la estructura resultante se aleja en gran medida del modelo conceptual inicial.

En relación a los subfactores planteados en el modelo hipotético, la mayoría de resultados obtenidos en el análisis factorial corresponden bastante con los resultados obtenidos en el análisis de ítems y en el análisis de la fiabilidad realizado con dichos subfactores. Por ejemplo, tomando como punto de referencia el mejor factor, observamos que:

- FACTOR 1 (4 subfactores): el subfactor 1.3 “*Autoestima*” es el que aporta más ítems en el análisis factorial. Así mismo, tiene el índice de fiabilidad más alto (0.8457), que incrementa a 0.8560 si se elimina el ítem nº131 (también omitido en el análisis factorial exploratorio por no saturar en ningún factor). Siguiendo la misma tónica, en el análisis de ítems solo aparece un ítem conflictivo.
- FACTOR 2 (2 subfactores): en el análisis factorial el subfactor 2.1 “*Motivación por la vida*”, es el subfactor con un mayor número de ítems que saturan por encima del criterio. Así mismo, presenta el coeficiente alfa más alto (0.7794) y, además, cuando se elimina el ítem nº 165 incrementa hasta 0.7867 (éste ítem también ha sido omitido en el análisis factorial exploratorio por no saturar en ningún factor). En la misma línea, en el análisis de ítems el subfactor 2.1 no presenta ningún ítem conflictivo.
- FACTOR 3 (1 subfactor): el 72,7% de los ítems que configuran el subfactor saturan por encima de 0.40 en alguno de los factores resultantes del análisis factorial. Los resultados obtenidos en el análisis de ítems también son positivos ya que no se ha

obtenido ningún ítem problemático. El coeficiente alfa inicial es bajo (0.60), pero se acerca mucho al criterio de 0.70 cuando se elimina el ítem nº119.

- FACTOR 4 (1 subfactor): los resultados de los tres análisis van en la misma dirección. En el análisis factorial exploratorio saturan por encima de 0.40 en alguno de los factores resultantes el 90,9% de los ítems planteados. El coeficiente alfa obtenido es de 0.77 eliminando el ítem nº 40 (el cual ha sido también omitido en el análisis factorial exploratorio por no saturar en ningún factor). Asimismo, tanto el índice de homogeneidad como la varianza de todos los ítems del subfactor 4.1 tienen valores por encima de los criterios establecidos.
- FACTOR 5 (2 subfactores): los resultados de los tres análisis indican que el subfactor 5.2 "*Empatía o sensibilidad social*" es aceptable. En el análisis factorial la mayoría de ítems que saturan por encima de 0.40 pertenecen a este subfactor. El índice de fiabilidad es de 0.71 e incrementa a 0.77 cuando se elimina el ítem nº 90 (también omitido en el análisis factorial exploratorio). Así mismo, en el análisis de ítems hay un solo ítem problemático.
- FACTOR 6 (6 subfactores): en el análisis factorial el 22,7% de los ítems del subfactor 6.3 (Adecuación en relaciones interpersonales) saturan por encima del criterio. El valor del coeficiente alfa, cuando se elimina el ítem nº61, es de 0.72 y en el análisis de ítems solo aparece un ítem a revisar.

La concordancia en los análisis se replica en la gran mayoría de los resultados obtenidos en los otros subfactores.

Para seleccionar los ítems definitivos del instrumentos de ensayo, se tienen en cuenta los resultados de los diversos análisis. Los criterios que se han considerado son los siguientes:

- Análisis de ítems, se eliminan:

- . Los ítems cuyo índice de homogeneidad es inferior a 0.25 en el análisis de 6 factores generales y/o en el de 16 subfactores
- . Los ítems que resultan negativos, cuando el sentido del ítem es positivo, en uno de los dos análisis (6 factores generales y/o 16 subfactores)
- . Los ítems cuya varianza sea inferior a 0.30

- Coeficiente de fiabilidad, se eliminan:

- . Los ítems que, cuando se suprimen, incrementan el coeficiente de fiabilidad

- Análisis factorial exploratorio, se eliminan:

- . Los ítems que saturan en más de un factor
- . Los ítems que no saturan en ningún factor
- . Los ítems que no saturan en el primer factor ya que, como se ha observado, prácticamente todos los subfactores del modelo hipotético quedan definidos en el análisis factorial exploratorio por un único factor (factor 1).

Aplicando todos estos criterios al modelo hipotético planteado en el primer instrumento de ensayo, se obtienen las siguientes **conclusiones**:

- Factor 1: se eliminan 31 ítems. El subfactor 1.2 "concordancia yo real-yo ideal" es el más afectado, ya que pierde todos sus ítems. El criterio básico para esta decisión es el resultado del índice de homogeneidad ítem-test puesto que todos los ítems presentan un índice inferior a 0.25 y/o una carga negativa, siendo el sentido del ítem positivo.

Otro subfactor que prácticamente se anula es el subfactor 1.1 "accesibilidad del yo a la conciencia", que solo mantiene 2 de sus 11 ítems. El criterio fundamental viene determinado por los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio, donde 6 de los 11 ítems que configuran su estructura no saturan en ningún factor o saturan en más de uno. Los otros 3 ítems saturan en varios factores.

De los 13 ítems aceptados, 6 pertenecen al subfactor 1.3 "autoestima" y 5 al subfactor 1.4 "sentido de identidad". Como se ha observado, la configuración del subfactor "autoestima" ha sido favorable en todos los análisis. También el subfactor "sentido de identidad" obtiene resultados bastante positivos. Ambos subfactores (autoestima e identidad), por tanto, participan de forma determinante en el factor 1 "actitudes hacia sí mismo" del modelo hipotético.

En definitiva, para el factor 1 "Actitudes hacia si mismo", se concluye que:

. La estructura propuesta, de 4 subfactores, no se cumple. El subfactor 1.2 se elimina al completo y el subfactor 1.1 queda reducido a 2 ítems.

. Parece perfilarse un solo factor, con participación, fundamentalmente, de los subfactores 1.3 "autoestima" y 1.4 "sentido de identidad". El subfactor 1.1 "accesibilidad del yo a la conciencia" aporta una proporción muy reducida (2 ítems).

. El contenido del factor general "actitudes hacia si mismo" está relacionado con aspectos de autoconcepto y autoestima, lo cual resulta coherente con gran parte de la bibliografía (Bermudez, 1997; Garanto, 1984; McKay y Fanning, 1991)

- **Factor 2:** pierde 15 ítems de los cuales 9 pertenecen al subfactor 2.2 "implicación en la vida". Los resultados del análisis factorial exploratorio determinan, en gran medida, la exclusión de los ítems (no saturan en ningún factor o saturan en más de uno).

De los 7 ítems aceptados, 5 pertenecen al subfactor 2.1 "motivación por la vida". Por tanto, la participación de este subfactor es básica en la configuración del factor 2 del modelo hipotético.

En definitiva, para el factor 2 "*Crecimiento y autoactualización*", se concluye que:

- . *La estructura propuesta, de dos subfactores, no se cumple. El subfactor 2.2 prácticamente se elimina.*
- . *Queda configurado un factor con participación predominante del subfactor 2.1 "motivación en la vida".*
- . *El factor está compuesto, básicamente, por aspectos motivacionales que, posiblemente, actúan de motor para el crecimiento y actualización personal.*

- **Factor 3:** se eliminan 7 de los 11 ítems. El criterio de exclusión viene determinado, fundamentalmente, por los resultados del análisis factorial, puesto que los ítems no saturan en ningún factor o saturan en más de uno.

En definitiva, para el factor 3 "*Integración*", se concluye que:

- . *Se perfila la presencia de un solo factor, como plantea el modelo hipotético.*
- . *Seguramente será necesario añadir nuevos ítems.*

- **Factor 4:** los resultados del análisis factorial exploratorio indican que deben eliminarse 8 de los 11 ítems.

En definitiva, para el factor 4 "*autonomía*", se concluye que:

- . *Se insinúa la existencia de un solo factor, como plantea el modelo hipotético.*
- . *Es necesario añadir nuevos ítems.*

- **Factor 5:** pierde 19 ítems. El subfactor 5.1 "Percepción objetiva" desaparece completamente. La eliminación de los ítems viene determinada por los resultados del análisis factorial exploratorio, el coeficiente alfa y algunos problemas en el análisis de ítems.

En definitiva, para el factor 5 "*percepción de la realidad*", se concluye que:

- . *No se cumple la estructura propuesta de 2 subfactores y se elimina por completo el subfactor 5.1 ("percepción objetiva").*
- . *Se puede configurar un factor, pero es necesario añadir nuevos ítems.*
- . *El factor "percepción de la realidad" parece vinculado a los conceptos de "empatía y sensibilidad social" (subfactor 5.2).*

- **Factor 6:** se eliminan 53 ítems. Los resultados de los diferentes análisis conducen a suprimir el subfactor 6.1 y a mantener un solo ítem del subfactor 6.2. Los restantes subfactores (F6.2, F6.3, F6.5 y F6.6) aportan tres ítems cada uno.

En definitiva, para el factor 6 "*dominio del entorno*" se concluye que:

- . *No se cumple la estructura propuesta de 6 subfactores, eliminándose por completo el subfactor 6.1 y casi por completo el subfactor 6.4*
- . *Se configura la estructura de un factor, con participación, fundamentalmente, de los subfactores 6.2, 6.3, 6.5 y 6.6.*
- . *El factor "dominio del entorno" está constituido, esencialmente, por aspectos relacionales, de adaptación y de resolución de problemas.*

En síntesis, la conclusión primordial de este primer estudio es que la estructura de 16 subfactores del modelo de salud mental positiva planteado no se cumple. Por tanto, se decide adaptar el modelo a una estructura más simple, de 6 factores generales, basada en los resultados obtenidos.

**CAPITULO 5: SEGUNDO ESTUDIO
CONSTRUCCION Y ANALISIS PSICOMETRICO DEL
CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA SEGUN EL
MODELO HIPOTETICO DE FACTORES GENERALES**

Los resultados obtenidos en el primer estudio perfilan un modelo hipotético de trabajo articulado entorno a 6 Factores Generales que se corresponden con los 6 criterios de salud mental positiva descritos por M. Jahoda (1958). Por tanto, se ha simplificado el modelo suprimiendo los subfactores; la estructura queda del siguiente modo:

FACTORES GENERALES MODELO HIPOTETICO
Factor 1: ACTITUDES HACIA SI MISMO
Factor 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION
Factor 3: INTEGRACION
Factor 4: AUTONOMIA
Factor 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD
Factor 6: DOMINIO DEL ENTORNO

Los factores generales de este segundo estudio continúan siendo nominalmente los mismos que los del primero, pero su definición conceptual debe reformularse en función de los datos obtenidos.

En definitiva, los objetivos concretos de este segundo estudio son:

- Construcción de un instrumento de medición de la salud mental positiva que se corresponda con la estructura de 6 factores generales planteados en el modelo hipotético.
- Análisis psicométrico del instrumento y valoración del modelo hipotético planteado.

5.1 Método

5.1.1 Sujetos

El estudio se ha llevado a cabo con una muestra de 387 estudiantes de primer y segundo curso, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

La prueba se pasó a todos los alumnos, de ambos cursos y turnos, que asistieron a clase. Al igual que en el primer estudio, no fueron avisados previamente y se les administró la prueba dentro del horario académico, como actividad sustitutiva de una clase magistral.

La distribución de la muestra según sexo, curso y turno se presenta en la tabla 5.1. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- Del total de alumnos que configuran la muestra, 235 (60,7%) están realizando el primer curso y 152 (39,3%) están en segundo. El 45% del total son del turno de mañana y el 55% del turno de tarde.
- La muestra es mayoritariamente femenina (87,1% de mujeres y 12,9% de hombres). Hay más del doble de hombres en el horario de tarde (N=35) que en el de mañana (N=15). Esta diferencia es mucho menor en las mujeres (N=159 en la mañana y N=178 en la tarde).

- La proporción de hombres y mujeres es similar en ambos cursos: hombres (13,2% en primero y 12,5% en segundo), mujeres (86,8% en primero y 87,5% en segundo).

TABLA 5.1

Distribución de las frecuencias y porcentajes de la muestra según sexo, curso y turno horario

	CURSO		TURNO	
	PRIMERO	SEGUNDO	MAÑANA	TARDE
HOMBRES	N = 31 % = 13,2	N = 19 % = 12,5	N = 15 % = 8,6	N = 35 % = 16,4
MUJERES	N = 204 % = 86,8	N = 133 % = 87,5	N = 159 % = 91,4	N = 178 % = 83,6
Total	N = 235 % = 60,7	N = 152 % = 39,3	N = 174 % = 45	N = 213 % = 55

La edad media de los estudiantes es de 20.9 años, con una desviación estándar de 4.09 y un rango que va de 14 a 50 años. Considerando la edad por cursos, la media es de 20.6 años en primero y 21.1 años en segundo. Diferenciando por sexos, la media de edad de los hombres es superior (24.1 años) a la de las mujeres (21.6 años) en segundo mientras que en el primero prácticamente es la misma (20.2 años los hombres y 20.6 años las mujeres). (Ver tabla 5.2)

TABLA 5.2

Distribución de la edad de la muestra, según sexo y curso

		SEXO		GLOBAL
		Hombres	Mujeres	
CURSO	Primero	X = 20.29 Ds = 2.27	X = 20.67 Ds = 4.41	X = 20.62 Ds = 4.19
	Segundo	X = 24.17 Ds = 3.68	X = 21.17 Ds = 3.79	X = 21.52 Ds = 3.89

Teniendo en cuenta las características del estudio, y al igual que se hizo en el primero, se ha preguntado a los sujetos acerca de su estado de salud física y mental, considerando: a) la existencia de problemas de salud (física y/o mental) y b) los contactos con profesionales de la asistencia clínica (general –médico- y especializada en salud mental -psicólogo o psiquiatra). Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 5.3.

TABLA 5.3

Frecuencia y porcentaje de problemas de salud (física y mental) y de visitas al médico y al especialista de salud mental, según sexo, turno y curso.

		HOMBRES	MUJERES	PRIMERO	SEGUNDO	GLOBAL
PROBLEMAS SALUD FISICA	Si	N=6 12%	N=43 12.8%	N=30 12.8%	N=19 12.5%	N=49 12.7%
	No	N=44 88%	N=294 87.2%	N=205 87.2%	N=133 87.5%	N=338 87,3%
PROBLEMAS SALUD MENTAL	Si	N=0 0%	N=11 3.3%	N=4 1,7%	N=7 4.6%	N=11 2.8%
	No	N=50 100%	N=326 96.7%	N=231 98.3%	N=145 95,4%	N=376 97.2%
VISITAS MEDICO	Si	N=15 30%	N=101 30 %	N=67 28,5%	N=49 32.2%	N=116 30 % 31
	No	N=35 70%	N=236 70%	N=168 71.5%	N=103 67.8%	N=271 70 % 71
VISITAS ESPECIALISTA SALUD MENTAL	Si	N=5 10%	N=50 14,8%	N=29 12.3%	N=26 17.1%	N=55 14.2%7
	No	N=45 90%	N=287 85,2%	N=206 87.7%	N=126 82.9%	N=332 85.8%

De los resultados presentados en esta tabla, destacan los siguientes aspectos:

- La mayoría de sujetos (87,3%) manifiesta no tener ningún problema de salud física. No se observan diferencias importantes ni entre cursos (87,2% de primero y 87,5% de segundo) ni entre sexos (88% de mujeres y 87,2% de hombres).

Sin embargo, el 30% ha visitado al médico durante el último mes debido a problemas de salud simples. El porcentaje es prácticamente el mismo por curso (28,5% de primero y 32,2% de segundo) y sexo (30% tanto de hombres como de mujeres).

- El 97,2% de sujetos indican no tener ningún problema de salud mental. Cabe destacar que, en el momento de contestar el cuestionario, todas las personas que afirman tener algún problema de salud mental son mujeres.
- Sin embargo, el 14,2% de la muestra (el 10% de los hombres y el 14,8% de las mujeres) contesta que ha visitado a un psicólogo o psiquiatra a lo largo de su vida.

Los problemas de salud mental que, con mayor frecuencia, generan motivo de consulta son ansiedad, depresión y trastornos alimentarios (anorexia). Estos datos coinciden con los datos sobre problemas de salud mental de la población general.

5.1.2 Material y procedimiento

Se ha construido un instrumento de medición, estructurado en base a los 6 criterios de salud mental positiva de Jahoda (1958), con 10 ítems para cada factor.

Los pasos que se han seguido han sido los siguientes:

a) Definición conceptual de factores

Los resultados del primer estudio conducen a reducir el modelo de 16 factores específicos a 6 factores generales y a redefinir o perfilar la operativización de los mismos.

Como se ha comentado anteriormente, la denominación de los factores generales es la misma que la del primer estudio, pero su definición se modifica. La tabla 5.4 muestra la descripción conceptual de cada uno de los 6 factores.

TABLA 5.4

Definición conceptual de los 6 factores generales del modelo hipotético de salud mental positiva

FACTORES GENERALES	DEFINICION
Factor 1: ACTITUDES HACIA SI MISMO	Aspectos de autoconcepto y autoestima, vinculados a características favorables del si mismo: - Físico - personal - social - familiar - ético-moral
Factor 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION	- Orientación positiva y optimista hacía el futuro - Propósitos, ideales y metas - Aspiraciones y deseos de superación - Sentido de crecimiento y desarrollo personal continuo - Interés por experiencias nuevas
Factor 3: INTEGRACION	- Equilibrio emocional / resistencia / control emocional - Tolerancia a la ansiedad y al estrés / vitalidad - Tolerancia a la frustración - Capacidad para afrontar adversidades - Flexibilidad y relatividad

<p>Factor 4: AUTONOMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Independencia - Seguridad personal /Confianza en si mismo - Autorregulación de la propia conducta - Autorresponsabilidad
<p>Factor 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implicación social /compromiso - Respuesta ante los problemas de los demás / deseos de ayudar a los otros / predisposición a brindar ayuda - Respeto / aceptación de los otros - Comprensión de los demás / sensibilidad para con los sentimientos y necesidades ajenas / perceptividad del sufrimiento ajeno. - Confianza en los demás
<p>Factor 6: DOMINIO DEL ENTORNO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de afecto a las personas que se quiere - Establecimiento de relaciones interpersonales profundas y satisfactorias - Sentirse satisfecho de las relaciones con sus amigos - Mantener buenas relaciones con la gente - Relacionarse de forma abierta con los profesores (jefes) - Adaptarse bien a los cambios - Buscar soluciones a los problemas

b) Selección y elaboración de ítems

Tras la definición de los factores, se ha pasado a la selección/elaboración de ítems para la construcción del segundo cuestionario de salud mental positiva.

Con el objetivo de obtener una estructura más reducida que en el primer estudio y, en consonancia con las sugerencias de los expertos, se ha elaborado un instrumento de medición con 10 ítems para cada factor general. Por tanto, este segundo cuestionario está formado por 60 ítems repartidos de forma equilibrada entre los 6 factores generales que configuran el modelo hipotético planteado.

El procedimiento para la construcción ha sido el siguiente:

- 1) El primer paso para construir el cuestionario ha sido recuperar los ítems aceptados en el primer estudio (ver tabla 5.5)

TABLA 5.5

Ítems aceptados en el primer estudio, según factores generales

FACTORES GENERALES	ITEMS ACEPTADOS
Factor 1: "Actitudes hacia sí mismo"	<ul style="list-style-type: none"> - Soy capaz de tomar conciencia de mis propios sentimientos - Tengo muy claro cuales son mis aspectos físicos más atractivos - Confío en mi misma/o - Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean - Me gusto como soy - Me siento satisfecha/o de mi aspecto físico - Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o - Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada - Creo que soy una persona sociable - Pienso que soy una persona sincera - Pienso que soy una persona inteligente - Pienso que soy una persona digna de confianza - Pienso que soy una persona físicamente fea
Factor 2: "Crecimiento y autoactualización"	<ul style="list-style-type: none"> - Veo mi futuro con optimismo - En mi vida tengo ideales y metas que me gustaría alcanzar - Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes - Intento mejorar como persona - Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden - Para mi, la vida es aburrida y monótona - Cuando pienso en mi pasado, en general me siento insatisfecha/o de lo que he hecho
Factor 3: "Integración"	<ul style="list-style-type: none"> - Después de un fracaso me doy por vencida/o fácilmente - Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal - Aunque este nerviosa/o, soy capaz de continuar funcionando adecuadamente - Me siento a punto de explotar
Factor 4: "Autonomía"	<ul style="list-style-type: none"> - Me preocupa que la gente me critique - Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones - Cuando tengo que tomar decisiones importantes, me siento muy insegura/o

SEGUNDO ESTUDIO

Factor 5: "Percepción de la realidad"	<ul style="list-style-type: none"> - Pienso en las necesidades de los demás - Me gusta ayudar a los demás - Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas
Factor 6: "Dominio del entorno"	<ul style="list-style-type: none"> - Expreso el afecto que siento a las personas que quiero - Creo que soy un/a estudiante muy competente - Me divierto mucho - Me llevo bien con la gente - Soy capaz de establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas - Estoy satisfecha/o de las relaciones que tengo con mis amigos - Soy capaz de relacionarme abiertamente con mis profesores - Pienso que las cosas antes eran mejor - Cuando hay cambios en mi entorno, intento adaptarme - Me adapto bien a los cambios - Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones - Delante de un problema, soy capaz de solicitar información

2) En segundo lugar, se han eliminado ítems de los factores que tienen más de 10. El criterio utilizado ha sido la "falta" de coherencia entre el contenido del ítem y el contenido del factor.

Los ítems eliminados se presentan en la tabla 5.6.

TABLA 5.6

Ítems eliminados en el segundo estudio, según factores generales

FACTORES GENERALES	ITEMS ELIMINADOS
Factor 1: "Actitudes hacia sí mismo"	<ul style="list-style-type: none"> - Soy capaz de tomar conciencia de mis propios sentimientos - Tengo muy claro cuales son mis aspectos físicos más atractivos - Pienso que soy una persona físicamente fea
Factor 6: "Dominio del entorno"	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que soy un/a estudiante muy competente - Pienso que las cosas antes eran mejor

3) A continuación se han elaborado ítems nuevos para completar los factores que tienen menos de 10 ítems (ver tabla 5.7).

TABLA 5.7

Ítems de nueva creación, según factores generales

FACTORES GENERALES	ITEMS NUEVOS
Factor 2: "Crecimiento y autoactualización"	<ul style="list-style-type: none"> - Me resulta difícil aprender de las experiencias cotidiana de mi vida - Me cuesta encontrar cosas por las que valga la pena luchar - Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan
Factor 3: "Integración"	<ul style="list-style-type: none"> - Los problemas me bloquean fácilmente - Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida - Las contrariedades modifican sustancialmente mi forma de ser - Tengo dificultades para tolerar las frustraciones - Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos - Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas
Factor 4: "Autonomía"	<ul style="list-style-type: none"> - Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo/a - Cuando es necesario, soy capaz de mantener mis criterios - Me resulta difícil tener opiniones personales - Me siento una persona independiente - Soy capaz de decir no cuando quiero decir no - Me ha gustado la idea de vivir solo - Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi.
Factor 5: "Percepción de la realidad"	<ul style="list-style-type: none"> - A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás - A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías - Soy capaz de estar con personas que sufren - Me considero un/a "buen/a psicólogo/a" - A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas - A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional - Me siento poco sensibilizado ante los problemas sociales

En síntesis, los factores 1 y 6 del cuestionario del primer estudio aportan un número de ítems suficiente para construir los factores 1 y 6 del segundo cuestionario. Sin embargo, para configurar los factores 2, 3, 4 y 5 de la nueva escala ha sido necesario crear nuevos ítems.

En total, se han aceptado 37 ítems del primer cuestionario y se han creado 23 nuevos ítems para el segundo cuestionario de salud mental positiva.

Una vez construida la escala, al igual que en el primer estudio, ha sido entregada de forma individual a 5 expertos para que la analizaran. Los resultados están descritos en el apartado de validez de contenido (pág. 198).

c) Estructura del segundo cuestionario

Los ítems de cada factor se han numerado y distribuido de forma aleatoria y con el mismo número de ítems positivos y negativos (ver tabla 5.8).

TABLA 5.8

Distribución de ítems por factor y valor (positivo/negativo) de cada ítem.

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3		FACTOR 4		FACTOR 5		FACTOR 6	
6	-	5	-	3	-	2	-	1	-	4	+
9	+	10	+	7	-	8	-	21	-	19	+
15	-	11	+	12	+	27	+	26	+	22	+
17	+	20	-	13	+	30	+	41	+	25	-
18	-	23	+	14	+	31	-	46	-	32	-
24	-	28	-	16	+	37	-	47	+	39	+
40	+	29	+	33	+	45	+	54	-	42	-
44	+	34	-	36	-	53	-	52	+	43	-
48	-	35	-	38	-	57	+	56	+	50	-
55	+	51	+	49	-	59	+	58	-	60	+

Los ítems se han formulado como afirmaciones (positivas y negativas) y ofreciendo cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre; con bastante frecuencia; algunas veces; nunca o casi nunca).

Las puntuaciones cuantitativas para cada alternativa de respuesta son las mismas que en el primer cuestionario:

- Alternativa SIEMPRE O CASI SIEMPRE valor 1
- Alternativa CON BASTANTE FRECUENCIA valor 2
- Alternativa ALGUNAS VECES valor 3
- Alternativa NUNCA O CASI NUNCA valor 4

En el Anexo II se presenta el cuestionario, tal y como se ha administrado a los sujetos. Las condiciones de aplicación y las instrucciones son las mismas que en la primera prueba.

Con el objetivo de valorar la fiabilidad test-retest se ha realizado una segunda pasación del cuestionario, con 40 días de diferencia, a 298 sujetos, manteniendo las mismas condiciones e instrucciones de aplicación.

Instrumentos utilizados para analizar la validez de criterio

Se ha pasado el Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire –GHQ*) de Goldberg (1972).

Como se indica en el capítulo tres, no existe ningún instrumento que evalúe la salud mental desde la perspectiva planteada en nuestra investigación. Sin embargo, muchos autores (Baca y Cabanas, 1997; Cramer, Henderson y Scott, 1996; Gispert, Ritchie, Rajmil, Rué, Glutting y Roset, 1998; Hardy, Shapiro, Haynes y Rick, 1999;) utilizan el cuestionario de Salud General de Goldberg (1972) para valorar la salud mental de poblaciones e individuos y diferenciar entre presencia/ausencia de sintomatología psíquica.

Aunque existen varias versiones del GHQ, el propio autor indica que para diferenciar entre caso y normal, todas ellas son igual de útiles (Goldberg y Williams, 1996). Por lo tanto, hemos seleccionado la versión más corta (de 12 ítems), que según algunos estudios tiene una estructura monofactorial, mientras que según otros resultados podría estar configurada por dos factores, correspondientes a “ansiedad” y “depresión” (Gonzalez-Romá, Peiró, Luna, Baeza, espejo y Muñoz, 1991). Sin embargo, aunque se subdivide en subescalas, el GHQ aporta una puntuación global de bienestar psicológico.

Como complemento, se analizan las preguntas referidas a:

- . Estado de salud física
- . estado de salud mental
- . Visitas al médico
- . Visitas al psicólogo

Análisis de datos

Para el análisis psicométrico del cuestionario se han realizado las siguientes pruebas:

a) Análisis de ítems mediante el índice de homogeneidad (correlación ítem/factor)

b) Análisis de Fiabilidad mediante:

- Coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951) para medir la consistencia interna de cada escala
- Correlación test-retest para medir la estabilidad temporal de la escala

c) Análisis de Validez

- **Validez de contenido:** se han seleccionado jueces expertos en salud mental.

- **Validez de criterio:** se han hecho análisis correlacionales entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva y:
 - 1) Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg
 - 2) Variables referidas al estado de salud física y mental

- **Validez de constructo:** se ha realizado un análisis factorial exploratorio, según el método de Componentes Principales, aplicando una rotación oblimin.

Los diversos análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS (Norusis, 1998) versión 8.0.

5.2 Resultados

5.2.1 Análisis de ítems

Los ítems han sido analizados a partir del **índice de homogeneidad**. Para la selección (eliminación) de ítems se ha aplicado el criterio de tener una correlación ítem/factor inferior a 0.25 o bien que la correlación sea negativa cuando el sentido del ítem es positivo.

En la tabla 5.9 se presentan los ítems que tienen una correlación baja. De los 60 ítems que configuran el cuestionario, hay 6 que no cumplen el criterio establecido. En concreto, los ítems nº 5, 45, 1 y 46 tienen una correlación bastante baja, con valores que oscilan entre 0.09 y 0.18 y, por lo tanto, deberían ser eliminados. Los ítems nº47 y nº25 están próximos a 0.25 y quedan pendientes de aceptar/eliminar en función de los resultados obtenidos en los análisis posteriores.

Los ítems de los factores F1 (Actitudes hacia sí mismo) y F3 (Integración) presentan un índice de homogeneidad superior a 0.25, por tanto, quedan todos aceptados. Los factores F2 (Crecimiento y autoactualización), F4 (Autonomía) y F6 (Dominio del entorno) pierden un ítem y el factor F5 (Percepción de la realidad) pierde tres (ver tabla 5.9).

TABLA 5.9

Relación de ítems con índice de homogeneidad baja, según factores propuestos en el segundo modelo hipotético de salud mental positiva

FACTOR	Nº ITEM	CORRELACION
Factor 1: Actitudes hacia si mismo	-	-
Factor 2: Crecimiento y autoactualización	5	0.1221
Factor 3: Integración	-	-
Factor 4: Autonomía	45	0.0916
Factor 5: Percepción de la realidad	1	0.1888
	46	0.1724
	47	0.2439
Factor 6: Dominio del entorno	25	0.2353

5.2.2 Fiabilidad

a) Consistencia interna

Como indicador de la consistencia interna del instrumento se utiliza el coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951). El criterio que se establece para considerar aceptable el coeficiente es que su valor sea igual o superior a 0.70.

En la tabla 5.10 se recogen los coeficientes alfa para los 6 factores y el incremento de dicho coeficiente si se eliminan los ítems propuestos. Asimismo, se presentan los errores típicos de medida (SEM) cuyos valores oscilan entre 0.18 del factor 1 “Actitudes hacia sí mismo” y 0.24 del factor 4 “Autonomía”.

TABLA 5.10

Coefficientes alfa y SEM para los 6 factores del segundo Cuestionario de Salud Mental Positiva

Factor	Alfa	Posible ítem a eliminar	Nuevo alfa	Incremento	SEM
Factor 1: Actitudes hacia si mismo	0.8131	44	0.8147	0.0016	0.18
Factor 2: Crecimiento y autoactualización	0.7074	5	0.7337	0.0263	0.20
Factor 3: Integración	0.8273	38	0.8276	0.0003	0.19
Factor 4: Autonomía	0.7581	45	0.7979	0.0398	0.24
Factor 5: Percepción de la realidad	0.6732	1	0.6849	0.0117	0.20
Factor 6: Dominio del entorno	0.7294	-			0.20

De los resultados reflejados en esta tabla podemos destacar los siguientes aspectos:

- Todos los factores propuestos excepto uno (el factor 5 “Percepción de la realidad”) presentan un coeficiente alfa adecuado (superior a 0.70).
- Cuando se eliminan los ítems propuestos, se consigue un incremento del coeficiente alfa en todos los factores. Sin embargo, en algunos casos la fiabilidad mejora muy poco. En el factor 1 “Actitudes hacia si mismo” y en el factor 3 “Integración”, el incremento es tan solo de 0.0016 y de 0.0003 respectivamente. El factor 4 “Autonomía” es el que tiene un incremento mayor si se elimina el ítem propuesto.
- El factor 6 “Dominio del entorno” cumple el criterio establecido (superior a 0.70), pero no incrementa con la eliminación de ningún ítem sino que su máximo valor es con todos los ítems propuestos.
- El factor 5 “Percepción de la realidad” tiene un coeficiente alfa de 0.6732, que incrementa ligeramente cuando se elimina el ítem propuesto (0.6849), acercándose bastante al criterio mínimo establecido.

b) Fiabilidad Test-retest

El criterio que se establece para considerar un coeficiente de correlación aceptable es que su valor sea igual o superior a 0.70.

Los resultados obtenidos en relación a la escala global son muy aceptables, con una correlación de 0.87. La correlación test-retest para cada factor también es adecuada, con valores superiores a 0.70 en todos los casos, excepto en el factor 5 “Percepción de la realidad”, cuya puntuación (0.68) se aproxima bastante al criterio establecido (ver tabla 5.11)

Los factores que obtienen una mejor correlación en el test-retest son: el factor 1 “Actitudes hacia si mismo” ($r=0.81$), el factor 6 “Dominio del entorno” ($r=0.81$), el factor 4 “Autonomía” ($r=0.80$) y el factor 3 “Integración” ($r=0.79$).

TABLA 5.11*Resultados fiabilidad Test-Retest*

FACTORES	CORRELACION
Factor 1: Actitudes hacia si mismo	0.81
Factor 2: Crecimiento y autoactualización	0.70
Factor 3: Integración	0.79
Factor 4: Autonomía	0.80
Factor 5: Percepción de la realidad	0.68
Factor 6: Dominio del entorno	0.81
Escala Global	0.87

5.2.3 Validez

Validez de contenido

Para la validez de contenido se ha consultado a los mismos expertos del primer estudio. Estos especialistas han analizado el contenido del segundo cuestionario de salud mental positiva, tomando como punto de referencia conceptual, el modelo hipotético planteado.

Las reflexiones aportadas han sido las siguientes:

1. **Longitud del cuestionario:** consideran que 60 ítems es un número correcto que facilita la cumplimentación del cuestionario.
2. **Estructura del cuestionario:** valoran favorablemente el número de factores propuestos. De hecho, en el primer estudio, ya comentaron la conveniencia de reducir factores y construir una estructura más simple.
3. **Redactado de los ítems:** tres expertos sugieren cambiar el redactado de dos ítems (uno del factor 2 y otro del factor 5) por considerar que el significado no queda claro.
4. **Eliminación y/o ubicación de los ítems:** los expertos están de acuerdo en los ítems planteados y en su ubicación dentro del factor correspondiente.

Validez de criterio

Para la validez de criterio se ha utilizado el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg, en su versión de 12 ítems. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 5.12. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- La correlación global del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) con el Cuestionario de Salud Mental Positiva es de -0.41 . El sentido negativo de la correlación es lógico ya que el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) mide enfermedad y el Cuestionario de Salud Mental Positiva mide salud. La correlación no es muy elevada pero resulta aceptable teniendo en cuenta que los componentes de la salud mental que evalúan cada uno de ellos son diferentes.
- El factor que tiene una correlación más alta con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) es el factor 1 "Actitudes hacia si mismo" ($r=-.42$; $p<0,001$). En menor medida, aunque también con valores estadísticamente significativos, el GHQ-12 correlaciona con el factor 2 "Crecimiento y autoactualización" ($r=-0.32$; $p<0,001$), con el factor 3 "Integración" ($r=-0.42$; $p<0,001$), con el factor 4 "Autonomía" ($r=-0.30$; $p<0,001$) y con el factor 6 "Dominio del entorno" ($r=-0.29$; $p<0,001$). La correlación con el factor 5 "Percepción de la realidad" es prácticamente nula y no significativa ($r=-0.04$; $p=0.462$).

TABLA 5.12

Correlaciones entre las variables de criterio y el segundo Cuestionario de Salud Mental Positiva

	Factor 1 Actitudes hacia si mismo	Factor 2 Crecimiento y autoactualiz ación	Factor 3 Integración	Factor 4 Autonomía	Factor 5 Percepción de la realidad	Factor 6 Dominio del entorno	Escala Global
Goldberg (GHQ-12)	-0.42	-0.32	-0.42	-0.30	-0.04	-0.29	-0.41
Tiene problemas de salud física	0.12	0.09	0.05	0.09	0.05	0.09	0.14
Tiene problemas de salud mental	0.17	0.18	0.18	0.17	0.00	0.08	0.18
Visitas al médico	0.05	0.01	0.09	0.07	0.05	0.02	0.07
Visitas al psicólogo	0.20	0.16	0.13	0.15	0.03	0.15	0.20

También se han analizado, para estudiar la validez de criterio, las preguntas relativas al estado de salud física y mental de la muestra. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 5.12. Destacan los siguientes aspectos:

- No hay ninguna correlación estadísticamente significativa entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva y las variables criterio consideradas (ni con la escala global ni con ningún factor).
- En general, las variables que evalúan los problemas de salud mental tienen una correlación más alta con la escala que las variables referidas a problemas de salud física. Por ejemplo, las correlaciones entre la escala global y las variables “problemas de salud mental” y “visitas al psicólogo” son de $r=-0.18$ y $r=-0.20$ respectivamente. Así mismo, el factor 1 “Actitudes hacía sí mismo” tiene una correlación de -0.20 con la variable “Visitas al psicólogo”. Estas correlaciones, a pesar de no ser estadísticamente significativas, van en la dirección de los resultados esperados.

Para comprender estos datos debe tenerse en cuenta que el estudio se ha realizado con una población “supuestamente sana” y, por tanto, quedaría por comprobar que sucede cuando se evalúa una población clínica. Además, conviene recordar el bajo porcentaje de problemas manifestado por la muestra, lo que genera que haya muy poca variabilidad en las variables implicadas. En definitiva:

- La correlación entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva y el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg es moderadamente aceptable, tanto desde el punto de vista estadístico como desde el punto de vista conceptual
- La correlación del Cuestionario de Salud Mental Positiva con las variables referidas a salud física es prácticamente nula. Sin embargo, se perfila una “posible relación” con las variables vinculadas a la salud mental, que requiere estudios posteriores, con muestras más amplias y sujetos clínicos.

Validez de constructo

Con el propósito de determinar la validez de constructo del segundo Cuestionario de Salud Mental Positiva, se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio según método de componentes principales, aplicando una rotación oblimin. Dado que el modelo de medida hipotetizado tiene 6 factores, el número de componentes a extraer se ha limitado a 6. El criterio utilizado para determinar la composición de cada factor ha sido que los ítems tengan una saturación igual o superior a 0.40.

Los seis factores obtenidos explican el 39,7% de la varianza total del cuestionario. Los valores propios y el porcentaje de varianza explicada por cada factor se muestran en la tabla 5.10. El factor 1 es el que explica un mayor porcentaje de varianza (20,8%) mientras que los otros 5 factores tienen un valor similar, con un rango que oscila entre el 5,5% del factor 2 y el 2,9% del factor 6.

TABLA 5.10

Varianza Explicada por Seis Factores en el segundo Cuestionario de Salud Mental Positiva

Factores	Valores Propios	Porcentaje de Varianza	Porcentaje de Varianza Acumulado
Factor 1	12,46	20,8	20,8
Factor 2	3,31	5,5	26,3
Factor 3	2,40	4,0	30,3
Factor 4	2,04	3,4	33,7
Factor 5	1,91	3,2	36,9
Factor 6	1,72	2,9	39,7

En la tabla 5.11 se presenta la estructura factorial resultante, así como las cargas factoriales que configuran cada factor.

TABLA 5.11
Matriz Factorial del segundo Cuestionario de Salud Mental Positiva

ITEMS	FACTORES					
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Nº35- "Para mí, la vida es aburrida y monótona"	.631					
Nº48- "Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico"	.584					
Nº9- "Me gusto como soy"	.551					
Nº34- "Veó mi futuro con pesimismo"	.524					
Nº36- "Me siento a punto de explotar"	.514					
Nº43- "Tengo dificultades para expresar el afecto que siento a las personas que quiero"	.479					
Nº6- "Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o"	.466					
Nº15- "Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada"	.463					
Nº18- "Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean"	.427					
Nº4- "Me divierto mucho"	.405					
Nº26- "Me gusta ayudar a los demás"		.638				
Nº41- "Pienso en las necesidades de los demás"		.574				
Nº21- "A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas"		.515				
Nº46- "A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías"		.482				
Nº40- "Pienso que soy una persona digna de confianza"		.403				
Nº13- "Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida"			.767			
Nº14- "Me divierto mucho"			.767			
Nº12- "Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal"			.666			

SEGUNDO ESTUDIO

Nº33- "Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos"	.661	
Nº7- "Los problemas me bloquean fácilmente"	.451	
Nº31- "Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí"	.765	
Nº2- "Me preocupa que la gente me critique"	.708	
Nº8- "Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones"	.665	
Nº37- "Me resulta difícil tener opiniones personales"	.419	
Nº24- "Pienso que soy una persona poco inteligente"	.407	
Nº53- "Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o"	.402	
Nº29- "Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan"	.599	
Nº51- "Intento mejorar como persona"	.589	
Nº23- "Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes"	.550	
Nº39- "Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones"	.519	
Nº60- "Cuando hay cambios en mi entorno, intento adaptarme"	.506	
Nº19- "Delante de un problema, soy capaz de solicitar información"	.496	
Nº59- "Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o"	.489	
Nº11- "Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden"	.452	
Nº30 "Soy capaz de decir no cuando quiero decir no"	.407	
Nº47- "Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	.605	
Nº54- A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás"	.573	
Nº58- "A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo"	.539	
Nº56- "Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas"	.507	
Nº55- "Creo que soy una persona sociable"	.470	
Nº32- "Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/ras"	.436	
Nº50- "Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas"	.404	

De la matriz factorial resultante (tabla 5.11), destacamos los siguientes aspectos:

- **La estructura global del cuestionario** queda configurada por un total de 42 ítems, de los 60 inicialmente propuestos.

Los 18 ítems que no saturan en ningún factor o lo hacen con cargas inferiores a .40 son los siguientes:

Item nº 1 : “Me siento poco sensibilizada/o ante los problemas sociales”
Item nº 3 : “Después de un fracaso, me doy por vencida/o fácilmente”
Item nº 5 : “Cuando pienso en mi pasado, en general me siento insatisfecha/o de lo que he hecho
Item nº 10: “En mi vida, tengo ideales y metas que me gustaría alcanzar”
Item nº 16: “Cuando estoy nerviosa/o, soy capaz de continuar funcionando adecuadamente”
Item nº 17: “Confío en mi misma/o
Item nº 20: “Me cuesta encontrar cosas por las que valga la pena luchar”
Item nº 22: “Me adapto bien a los cambios”
Item nº 25: “Me llevo mal con la gente”
Item nº 27: “Me siento una persona independiente”
Item nº 28: “Me resulta difícil aprender de las experiencias cotidianas de mi vida”
Item nº 38: “Las contrariedades modifican sustancialmente mi forma de ser”
Item nº 42: “Estoy insatisfecha/o de las relaciones que tengo con mis amigos”
Item nº 44: “Pienso que soy una persona sincera”
Item nº 45: “me ha gustado la idea de vivir sola/o”
Item nº 49: “Tengo dificultades para tolerar las frustraciones”
Item nº 52: “Soy capaz de estar con personas que sufren”
Item nº 57: “Cuando es necesario, soy capaz de mantener mis criterios”.

- **Los factores resultantes** quedan estructurados del siguiente modo:

Factor 1: está compuesto por 10 ítems; el nivel de saturación tiene un rango comprendido entre 0.40 y 0.63.

En relación al modelo hipotético planteado se observa que: 5 ítems provienen del factor 1 (“Actitudes hacia si mismo”), 2 ítems son del factor 2 (“Crecimiento y autoactualización”), 2 ítems del factor 6 (“Dominio del entorno”) y un ítem (el ítem nº36 “*Me siento a punto de explotar*”) del factor 3 (“Integración”) del modelo hipotético.

Factor 2: queda configurado por 5 ítems de los cuales 4 corresponden al factor 5 (“Percepción de la realidad”) del modelo hipotético planteado. Las saturaciones de los ítems oscilan entre 0.40 y 0.64.

Factor 3: consta de 5 ítems que corresponden en su totalidad al factor 3 (“Integración”) del modelo hipotético. El rango de saturación oscila entre 0.45 y 0.77.

Factor 4: está formado por 6 ítems, de los cuales 5 son del factor 4 (“Autonomía”) del modelo hipotético. El rango de saturación de los ítems oscila entre 0.40 y 0.77.

Factor 5: consta de 9 ítems, cuyo nivel de saturación tiene un rango comprendido entre 0.40 y 0.60. En relación al modelo hipotético planteado se observa que: 4 ítems proceden del factor 2 (“Actitudes hacia si mismo”), 3 ítems del factor 6 (“Dominio del entorno”) y 2 ítems del factor 4 (“Autonomía”).

Factor 6: queda configurado por un total de 7 ítems, cuya correspondencia con el modelo hipotético es la siguiente: 4 ítems provienen del factor 5 (“Percepción de la realidad”), 2 ítems son del factor 6 (“Dominio del entorno”) y 1 ítem del factor 1 (“Actitudes hacia si mismo”). El rango de saturación de los ítems oscila entre 0.40 y 0.60.

Valoración del modelo hipotético en función del análisis factorial

En la tabla 5.12 se presenta la distribución de los ítems, según los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio. Como se puede observar, no se confirma totalmente ninguno de los factores planteados en el modelo hipotético. Sin embargo, cabe enfatizar los siguientes aspectos:

- Cuatro de los factores obtienen resultados relativamente coherentes con el modelo planteado:
 - . Factor 1 (Actitudes hacia sí mismo): 5 de los 8 ítems aceptados configuran un factor
 - . Factor 2 (Crecimiento y autoactualización): 4 de los 6 ítems aceptados forman un factor
 - . Factor 3 (Integración): 5 de los 6 ítems aceptados componen un factor
 - . Factor 4 (Autonomía): 5 de los 7 ítems aceptados configuran un factor

- Dos de los factores obtienen resultados poco coherentes con el modelo hipotético planteado.
 - . Factor 5 (Percepción de la realidad): queda dividido en dos factores que tienen 4 ítems cada uno
 - . Factor 6 (Dominio del entorno): consta de tres factores: dos con 2 ítems y uno con 3 ítems.

TABLA 5.12

Distribución general de factores e ítems del modelo hipotético, según resultados del análisis factorial exploratorio

FACTORES DEL MODELO HIPOTETICO	Total de ítems ACEPTADOS	Total de ítems ELIMINADOS	Distribución de los ítems aceptados en los Factores Resultantes
Factor 1: Actitudes hacia sí mismo	8	2	5 ítems en el F1 1 ítem en el F2 1 ítem en el F4 1 ítem en el F6
Factor 2: Crecimiento y autoactualización	6	4	2 ítems en el F1 4 ítems en el F5
Factor 3: Integración	6	4	1 ítem en el F1 5 ítems en el F3
Factor 4: Autonomía	7	3	5 ítems en el F4 2 ítems en el F5
Factor 5: Percepción de la realidad	8	2	4 ítems en el F2 4 ítems en el F6
Factor 6: Dominio del entorno	7	3	2 ítems en el F1 3 ítems en el F5 2 ítems en el F6

5.3 CONCLUSIONES

Los resultados de los diferentes análisis realizados, apoyan la presencia de 6 factores explicativos de la salud mental positiva, aunque apuntan ciertas modificaciones en relación al modelo original propuesto en este segundo estudio.

Los resultados de las diferentes pruebas tienden a coincidir. Sin embargo, el análisis factorial es el que tiene más peso específico puesto que elimina un mayor número de ítems (18 en total). Así, para cada uno de los factores propuestos cabe destacar que:

- **Factor 1:** los índices de homogeneidad son favorables y el posible ítem a eliminar (ítem nº 44), para incrementar el coeficiente alfa del factor, también tiene un nivel de saturación inferior al criterio establecido en el análisis factorial. Es uno de los factores cuya consistencia interna y estabilidad temporal tiene valores más elevados, con correlaciones de 0.81 en ambos análisis. Igualmente, es uno de los factores con un mayor número de ítems aceptados en el análisis factorial (8 ítems sobre 10). Finalmente, presenta una de las correlaciones más altas ($r=-0.42$) con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg.
- **Factor 2:** el ítem nº 5 presenta anomalías en todos los análisis: índice de homogeneidad con correlación muy baja ($r=0.12$), incremento del coeficiente alfa del factor si se elimina éste ítem y saturaciones inferiores a 0.40 en el análisis factorial. Tanto la consistencia interna como la estabilidad temporal presentan valores aceptables ($r=0.73$ y $r=0.70$ respectivamente). En el análisis factorial se aceptan 6 ítems. La validez de criterio en relación al GHQ-12 no es muy elevada (-0.32) pero estadísticamente significativa.
- **Factor 3:** todos los ítems presentan un índice de homogeneidad superior a 0.25. Es el factor que tiene el coeficiente alfa más alto (0.827) y su estabilidad temporal es buena (0.70). En el análisis factorial se aceptan 6 ítems y su correlación con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) es, junto con el factor 1, la más alta ($r=-0.42$)
- **Factor 4:** En el análisis de ítems se rechaza el ítem nº 45, que también queda eliminado en las otras pruebas (consistencia interna y análisis factorial). Los índices de fiabilidad tienen valores favorables, con una correlación de 0.80 tanto para la consistencia interna como para la estabilidad temporal. En el análisis factorial se aceptan 7 ítems. Así mismo, mantiene una correlación moderada ($r=-0.30$) pero estadísticamente significativa con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12).
- **Factor 5:** es el que obtiene resultados menos satisfactorios en casi todas las pruebas, excepto en el análisis factorial. Tiene tres ítems con índices de homogeneidad inferiores a 0.25. El ítem nº1 resulta problemático en todos los

análisis y el ítem nº 47 tiene un nivel de saturación inferior a .40 en el análisis factorial. Sin embargo, el ítem nº46 se acepta en la escala final puesto que obtiene resultados favorables tanto en las pruebas de fiabilidad como en las de validez.

Asimismo, es el factor que tiene los índices de fiabilidad más bajos, con un coeficiente alfa y una correlación test-retest que no supera el valor 0.68. En el análisis de validez de criterio su correlación con el GHQ-12 es prácticamente nula. Sin embargo, en el análisis factorial es el factor con más ítems aceptados (8 ítems). Como se podrá observar más adelante, este factor se desdobra claramente en dos y, quizás esto explique que obtenga resultados un tanto particulares.

- **Factor 6:** los resultados son favorables en todos los análisis. Es el que tiene una estabilidad temporal más alta (con una correlación de 0.87) y el único cuyo coeficiente alfa inicial no puede incrementarse eliminando ningún ítem. En el análisis factorial se aceptan 7 ítems. El ítem nº25 que tiene un índice de homogeneidad bajo queda eliminado también en el análisis factorial. La correlación con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) es moderada ($r=-0.29$) pero es estadísticamente significativa.

En síntesis, los resultados de los diferentes análisis apuntan una serie de modificaciones:

- **En primer lugar**, una configuración más reducida del instrumento de medida: 42 ítems en lugar de 60, inicialmente propuestos
- **En segundo lugar**, una composición desequilibrada de los factores, puesto que el número de ítems que se eliminan no es el mismo en cada factor
- **En tercer lugar**, cambios en el contenido y en la denominación de los factores.

Estos resultados conducen a plantear el perfil de un nuevo modelo de salud mental positiva con la siguiente estructura:

FACTOR 1: está compuesto por ítems referidos a la satisfacción de la persona consigo misma, con la vida y con el futuro. Por tanto, este factor puede denominarse como : SATISFACCION PERSONAL.

FACTOR 1: Satisfacción personal
Nº35- “Para mí, la vida es aburrida y monótona”
Nº48- “Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico”
Nº9- “Me gusto como soy”
Nº34- “Veó mi futuro con pesimismo”
Nº36- “Me siento a punto de explotar”
Nº43- “Tengo dificultades para expresar el afecto que siento a las personas que quiero”
Nº6- “Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o”
Nº15- “Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada”
Nº18- “Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean”
Nº4- “Me divierto mucho”

FACTOR 2: está configurado por ítems relacionados con la predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás. En este sentido puede etiquetarse este factor como: ACTITUD PROSOCIAL

FACTOR 2: Actitud prosocial
Nº26- “Me gusta ayudar a los demás”
Nº41- “Pienso en las necesidades de los demás”
Nº21- “A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas”
Nº46- “A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías”
Nº40- “Pienso que soy una persona digna de confianza”

FACTOR 3: agrupa ítems vinculados a la capacidad para mantener el equilibrio personal. En este caso se opta por conservar el nombre original: INTEGRACION

FACTOR 3: Integración
Nº13- “Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida”
Nº14- “Me divierto mucho”
Nº12- “Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal”
Nº33- “Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos”
Nº7- “Los problemas me bloquean fácilmente”

FACTOR 4: queda formado por ítems que parecen evaluar la capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente. Por tanto, se decide mantener el nombre inicial: AUTONOMIA

FACTOR 4: Autonomía
Nº31- “Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí”
Nº2- “Me preocupa que la gente me critique”
Nº8- “Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones”
Nº37- “Me resulta difícil tener opiniones personales”
Nº24- “Pienso que soy una persona poco inteligente”
Nº53- “Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o”

FACTOR 5: está compuesto por ítems que hacen referencia a la búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y por ítems relacionados con el crecimiento personal. Por ello, puede denominarse: RESOLUCION DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACION

FACTOR 5: Resolución de problemas y autoactualización
Nº29- “Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan
Nº51- “Intento mejorar como persona”
Nº23- “Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes”
Nº39- “Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones”
Nº60- “Cuando hay cambios en mi entorno, intento adaptarme”
Nº19- “Delante de un problema, soy capaz de solicitar información”
Nº59- “Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o”
Nº11- “Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden”
Nº30 “Soy capaz de decir no cuando quiero decir no”

FACTOR 6: los ítems que lo componen están vinculados a la capacidad para interactuar con los demás. En este sentido, parece coherente utilizar el nombre de: HABILIDADES DE RELACION INTERPERSONAL

FACTOR 6: Habilidades de relación interpersonal
Nº47- “Me considero “un/a buen/a psicólogo/a”
Nº54- A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás”
Nº58- “A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo”
Nº56- “Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas”
Nº55- “Creo que soy una persona sociable”
Nº32- “Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/ras”
Nº50- “Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas”

En definitiva, *relacionando el modelo hipotético planteado inicialmente con el modelo que se deduce de los diferentes análisis realizados*, se observa que:

. **El factor “Actitudes hacia sí mismo”** del modelo de Jahoda, se perfila como la dimensión más importante del factor “Satisfacción personal” del modelo resultante. Esto concuerda con los resultados obtenidos en el primer estudio, donde quedó vinculado a aspectos de autoconcepto y autoestima.

. **El factor “Crecimiento y autoactualización”** del modelo inicial, está muy relacionado con el factor “Resolución de problemas y autoactualización”. Así mismo, en menor medida, está vinculado con el factor “Satisfacción personal”. Esto confirma la idea de Jahoda (1958) de que una parte de este factor podría estar incluida en las “actitudes hacia sí mismo”.

. **Los factores “Integración” y “Autonomía”**, del modelo original, coinciden, básicamente, con los resultados de los análisis realizados.

. **El factor “Percepción de la realidad”** del modelo inicial se descompone en: a) el factor “Actitud social” y b) una de las dimensiones que configuran el factor “Habilidades de relación interpersonal”

. **El factor “Dominio del entorno”** del modelo de Jahoda se diversifica en tres y se convierte en uno de los componentes de los factores: “Satisfacción personal”, “Habilidades de relación interpersonal” y “Resolución de problemas y autoactualización”.

CAPITULO 6: TERCER ESTUDIO
ANALISIS PSICOMETRICO DEL CUESTIONARIO “DEFINITIVO”
DE SALUD MENTAL POSITIVA

Los resultados obtenidos en el segundo estudio perfilan la existencia de algunos factores explicativos de la salud mental positiva diferentes de los planteados siguiendo los criterios de M. Jahoda (1958). La nueva estructura es la siguiente:

FACTORES DEL “MODELO RESULTANTE”
Factor 1: SATISFACCION PERSONAL
Factor 2: ACTITUD PROSOCIAL
Factor 3: AUTOCONTROL*
Factor 4: AUTONOMIA
Factor 5: RESOLUCION DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACION
Factor 6: HABILIDADES DE RELACION INTERPERSONAL

*NOTA: El factor 3 “Integración”, por sugerencias de los expertos, pasa a denominarse “Autocontrol” (ver pág. 211).

Partiendo de los “nuevos” factores, los objetivos concretos de este estudio son:

- Definición conceptual de los factores que configuran el modelo resultante.
- Elaboración del “cuestionario definitivo” de nuestra investigación.
- Análisis psicométrico del instrumento para valorar la fiabilidad y validez del mismo.

6.1 Método

6.1.1 Sujetos

La muestra es la misma que la del estudio dos.

6.1.2 Material y procedimiento

Partiendo de los resultados del segundo estudio y de las sugerencias de los expertos, se ha elaborado el cuestionario “definitivo”.

Los pasos que se han seguido han sido los siguientes:

a) Definición conceptual de factores

La definición de los distintos factores surgidos de los análisis del estudio dos se presenta en la tabla 6.1.

TABLA 6.1

Definición conceptual de los 6 factores resultantes

FACTORES GENERALES	DEFINICIÓN
Factor 1: SATISFACCIÓN PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto - Satisfacción con la vida personal - Satisfacción con las perspectivas de futuro
Factor 2: ACTITUD PROSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad - Actitud social “altruista” /Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás - Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales

<p>Factor 3: AUTOCONTROL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para el afrontamiento del estrés/ de situaciones conflictivas - Equilibrio emocional / control emocional - Tolerancia a la ansiedad y al estrés
<p>Factor 4: AUTONOMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tener criterios propios - Independencia - Autorregulación de la propia conducta - Seguridad personal / Confianza en si mismo
<p>Factor 5: RESOLUCION DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de análisis - Habilidad para tomar decisiones - Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios - Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
<p>Factor 6: HABILIDADES DE RELACION INTERPERSONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para establecer relaciones interpersonales - Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás - Habilidad para dar apoyo emocional - Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas

b) Selección de ítems.

Se han seleccionado los 42 ítems aceptados en los resultados del segundo estudio.

El cuestionario “definitivo” se ha entregado de forma individual a los expertos que han colaborado en los estudios anteriores. Las sugerencias aportadas están descritas en el apartado de resultados (pág. 226).

Atendiendo a la opinión de los expertos, se han eliminado tres ítems. Por tanto, finalmente el cuestionario “definitivo” está formado por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los 6 factores.

c) Estructura del Cuestionario “Definitivo”

La distribución de los 39 ítems entre los 6 factores del cuestionario “definitivo” es la siguiente:

- Factor 1 “Satisfacción personal”: 8 ítems
- Factor 2 “Actitud prosocial”: 5 ítems
- Factor 3 “Autocontrol”: 5 ítems
- Factor 4 “Autonomía”: 5 ítems
- Factor 5 “Resolución de problemas y autoactualización”: 9 ítems
- Factor 6 “Habilidades de relación interpersonal”: 7 ítems.

En la tabla 6.2 se presenta esta distribución, indicando el número que tenía el ítem en el cuestionario del segundo estudio.

TABLA 6.2
Distribución de ítems por factor

FACTOR 1 “Satisfacción personal”	FACTOR 2 “Actitud prosocial”	FACTOR 3 “Autocontrol”	FACTOR 4 “Autonomía”	FACTOR 5 “Resolución de problemas y autoactualización”	FACTOR 6 “Habilidades de relación interpersonal”
Item nº 6	Item nº 21	Item nº 7	Item nº 2	Item nº 11	Item nº 32
Item nº 9	Item nº 26	Item nº 12	Item nº 8	Item nº 19	Item nº 47
Item nº 15	Item nº 40	Item nº 13	Item nº 31	Item nº 23	Item nº 50
Item nº 18	Item nº 41	Item nº 14	Item nº 37	Item nº 29	Item nº 54
Item nº 34	Item nº 46	Item nº 33	Item nº 53	Item nº 30	Item nº 55
Item nº 35				Item nº 39	Item nº 56
Item nº 36				Item nº 51	Item nº 58
Item nº 48				Item nº 59	
				Item nº 60	

En el Anexo III se presenta el cuestionario definitivo, con los ítems distribuidos al azar.

Instrumentos utilizados para la validez de criterio

Al igual que en el segundo estudio, se ha considerado el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg (1972).

Como complemento, también se han analizado las preguntas relativas a:

- . Estado de salud física
- . Estado de salud mental
- . Visitas al médico
- . Visitas al psicólogo

Análisis de datos

Para el análisis psicométrico del cuestionario se han aprovechado los datos del segundo estudio y se han realizado los siguientes análisis:

a) Análisis de ítems mediante el índice de homogeneidad (correlación ítem-factor).

b) Análisis de fiabilidad mediante:

- Coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951), para medir la consistencia interna.
- Correlación test-retest, para medir la estabilidad temporal.

c) Análisis de Validez.

- **Validez de contenido:** se han consultado los jueces expertos que han colaborado en los estudios anteriores.

- **Validez de criterio:** mediante correlaciones con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg y con variables relativas a la salud física y mental.

- **Validez de constructo:** se ha realizado un análisis factorial exploratorio, según el método de Componentes Principales, aplicando una rotación oblicua. Se analizan, también, las correlaciones entre factores.

Los diversos análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS (Norusis, 1998) versión 8.0.

6.2 Resultados

6.2.1 Análisis de ítems

Los ítems han sido analizados a partir del **índice de homogeneidad**. Para la valoración de los mismos se ha considerado como criterio de anomalía del ítem una correlación ítem/factor inferior a 0.25. Los resultados se muestran en la tabla 6.3, añadiendo además los valores estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de cada uno de los ítems.

Todos los ítems tienen un índice de discriminación interna superior al criterio establecido y, por tanto, pueden ser aceptados en su totalidad.

TABLA 6.3

Medidas descriptivas de los ítems según factores y correlaciones ítem/factor

FACTORES	ITEMS	MEDIA	DESVIACION	CORRELACIÓN ÍTEM/FACTOR
Factor 1	Item 6	1.704	0.742	0.552
	Item 9	1.997	0.828	0.641
	Item 15	1.260	0.510	0.607
	Item 18	1.522	0.758	0.507
	Item 34	1.581	0.633	0.545
	Item 35	1.436	0.626	0.537
	Item 36	1.780	0.657	0.471
	Item 48	1.860	0.825	0.606
Factor 2	Item 21	1.143	0.402	0.308
	Item 26	1.332	0.611	0.450
	Item 40	1.282	0.514	0.323
	Item 41	1.676	0.691	0.406
	Item 46	1.494	0.598	0.341
Factor 3	Item 7	2.022	0.710	0.493
	Item 12	2.397	0.802	0.623
	Item 13	2.232	0.770	0.726
	Item 14	2.394	0.826	0.654
	Item 33	2.070	0.856	0.538
Factor 4	Item 2	2.472	0.888	0.634
	Item 8	2.126	0.809	0.619
	Item 31	2.455	0.933	0.655
	Item 37	1.358	0.653	0.378
	Item 53	2.316	0.934	0.459
Factor 5	Item 11	2.036	0.911	0.459
	Item 19	1.858	0.836	0.382
	Item 23	1.682	0.694	0.505
	Item 29	1.970	0.779	0.471
	Item 30	1.771	0.859	0.413
	Item 39	1.377	0.580	0.573
	Item 51	1.433	0.661	0.479
	Item 59	1.587	0.765	0.539
	Item 60	1.480	0.677	0.569
Factor 6	Item 32	1.782	0.790	0.352
	Item 47	2.740	0.877	0.395
	Item 50	1.637	0.723	0.423
	Item 54	1.405	0.566	0.446
	Item 55	1.553	0.715	0.535
	Item 56	1.737	0.713	0.463
	Item 58	1.578	0.717	0.392

6.2.2 Fiabilidad

a) Consistencia interna

Como indicador de la consistencia interna del instrumento construido se utiliza el **coeficiente alfa** propuesto por Cronbach (1951). El criterio que se establece para considerar aceptable el coeficiente es que su valor sea igual o superior a 0.70.

En los resultados reflejados en la tabla 6.4 se puede observar que todos los factores, excepto el 2 "Actitud prosocial", obtienen un coeficiente alfa superior a 0.70 y que los errores típicos de medida (SEM) no son excesivamente elevados.

Los factores "Satisfacción personal" (F1), "Autocontrol (F3), "Autonomía" (F4) y "Resolución de problemas y autoactualización" (F5) tienen valores alfa muy satisfactorios, con un rango que oscila entre 0.77 y 0.82 (ver tabla 6.3). Por otro lado, el factor 6 "Habilidades de relación interpersonal" obtiene un índice de fiabilidad de 0.71.

El factor 2 "Actitud prosocial" presenta un índice de fiabilidad inferior al criterio establecido (alfa de Cronbach=0.58), que no aumenta eliminando ningún ítem. Es interesante señalar que este factor está configurado por ítems del factor 5 del estudio dos y presentó un valor alfa inferior a 0.70.

TABLA 6.4

Coefficientes alfa y SEM para los 6 factores del Cuestionario "definitivo" de Salud Mental Positiva

Factor	Alfa	SEM
Factor 1: Satisfacción personal	0.8282	0.19
Factor 2: Actitud prosocial	0.5820	0.23
Factor 3: Autocontrol	0.8146	0.26
Factor 4: Autonomía	0.7729	0.29
Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización	0.7903	0.21
Factor 6: Habilidades de relación interpersonal	0.7133	0.24
Escala Global	0.9061	0.111

Considerando los coeficientes de fiabilidad de cada factor, si se eliminan los ítems sugeridos, se observa que la consistencia interna de todos los ítems de cada factor es óptima. En ningún caso la exclusión de un ítem incrementa el valor del alfa global del factor, como puede comprobarse si se comparan las tablas 6.4 y 6.5.

TABLA 6.5
Coeficientes alfa de cada factor, si se elimina el ítem propuesto

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3		FACTOR 4		FACTOR 5		FACTOR 6	
Ítems	Alfa	Ítem	Alfa								
Item 6	0.808	Item 21	0.549	Item 7	0.809	Item 2	0.699	Item 11	0.775	Item 32	0.700
Item 9	0.795	Item 26	0.459	Item 12	0.772	Item 8	0.707	Item 19	0.785	Item 47	0.692
Item 15	0.806	Item 40	0.536	Item 13	0.742	Item 31	0.690	Item 23	0.767	Item 50	0.681
Item 18	0.815	Item 41	0.488	Item 14	0.763	Item 37	0.771	Item 29	0.771	Item 54	0.680
Item 34	0.809	Item 46	0.581	Item 33	0.801	Item 53	0.764	Item 30	0.781	Item 55	0.653
Item 35	0.811							Item 39	0.762	Item 56	0.671
Item 36	0.818							Item 51	0.771	Item 58	0.688
Item 48	0.801							Item 59	0.761		
								Item 60	0.759		

b) Test-Retest

En relación a la fiabilidad **test-retest**, el criterio que se establece para considerar un coeficiente de correlación aceptable es que su valor sea igual o superior a 0.70.

TABLA 6.6
Resultados fiabilidad Test-Retest

FACTORES	CORRELACION
Factor 1: Satisfacción personal	0.79
Factor 2: Actitud prosocial	0.60
Factor 3: Autocontrol	0.72
Factor 4: Autonomía	0.77
Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización	0.77
Factor 6: Habilidades de relación interpersonal	0.72
Escala Global	0.85

Los resultados obtenidos en relación a la escala global son muy satisfactorios con una correlación test-retest de 0.85. (Ver tabla 6.6)

La correlación test-retest para cada uno de los 6 factores tiene valores superiores a 0.70 en todos los casos, excepto en el factor 2 “Actitud prosocial” (con una $r=0.60$, aunque estadísticamente significativa $p<0.001$). Este factor también ha presentado, en el análisis de consistencia interna, un índice alfa por debajo del criterio establecido. En el resto de factores, los valores oscilan entre el 0.72 del factor 3 (“Autocontrol”) y del factor 6 (“Habilidades de relación interpersonal”) y el 0.79 del factor 1 (“Satisfacción personal”).

6.2.3 Validez

Validez de contenido

Para la validez de contenido se ha consultado de nuevo a los expertos que han colaborado en los dos estudios anteriores. Las consideraciones aportadas han sido las siguientes:

1. **Denominación de los factores.** Los expertos estuvieron de acuerdo en señalar que el contenido de los ítems del factor 4 “Integridad” está más vinculado a aspectos relacionados con autocontrol. Por tanto, se modifica el nombre del factor. Uno de los expertos, opinó que el factor 2 “Actitud prosocial” podría denominarse Sensibilidad Social. Sin embargo, tanto el resto de los expertos como la propia autora, pensaron que era más idóneo mantener la etiqueta inicial. Finalmente, consideraron que el nombre del resto de los factores reflejaba correctamente el contenido de los ítems que los configuran.
2. **Longitud del cuestionario.** Los expertos, desde un primer momento, consideraron que los instrumentos de medida breves son más operativos y, por tanto, la longitud del Cuestionario Definitivo (39 ítems) les ha parecido perfectamente aceptable.

3. **Estructura del Cuestionario.** Los factores quedan configurados por un número de ítems no equivalente, pero los expertos apoyan la existencia de instrumentos de medida con estructuras desiguales.
4. **Eliminación de ítems.** Los expertos coincidieron en señalar la conveniencia de eliminar algunos ítems que saturaban en los factores, debido a que su contenido era poco coherente dentro de los mismos. En concreto, sugirieron eliminar el ítem nº4 (“Me divierto mucho”) y el ítem nº 43 (“Tengo dificultades para expresar el afecto que siento a las personas que quiero”), ambos saturando en el factor 1 “Satisfacción personal”. También sugirieron eliminar el ítem nº 24 (“Pienso que soy una persona poco inteligente”) del factor 4, por considerar que el contenido del ítem no concordaba con el contenido del factor.
5. **Valoración global.** Los expertos opinaron que los factores obtenidos resultan, en general, coherentes con los conceptos de salud mental reflejados habitualmente en la bibliografía.

Validez de criterio

Para la validez de criterio se ha utilizado, al igual que en el estudio dos, el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg, en su versión de 12 ítems. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 6.5. Conviene destacar los siguientes aspectos:

- La correlación global del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) con el cuestionario de salud mental positiva es de -0.41 . El sentido negativo de la correlación es coherente ya que mientras el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) mide enfermedad, el cuestionario de salud mental positiva mide salud. La correlación es moderada pero satisfactoria ya que, los aspectos de salud mental que evalúa cada instrumento son diferentes.
- El factor 1 “*Satisfacción personal*” es el que presenta una correlación más alta ($r=-0.47$) lo cual es coherente ya que el GHQ-12 evalúa aspectos de satisfacción subjetiva como componente de la salud mental. En menor medida, aunque con

valores estadísticamente significativos, correlaciona con el factor 3 “Autocontrol” ($r=-0.33$; $p<0.001$), con el factor 4 “Autonomía” ($r=-0.31$; $p<0.001$) y con el factor 5 “Resolución de problemas y autoactualización” ($r=-0.29$; $p<0.001$). El factor 6 “Habilidades de relación interpersonal” tiene una relación muy baja ($r=-0.13$) mientras que la correlación del factor 2 “Actitud prosocial” es prácticamente nula ($r=-0.04$) y ambas resultan no significativas ($p>0.001$).

TABLA 6.7

Correlaciones entre las variables de criterio y el Cuestionario “Definitivo” de Salud Mental Positiva

	Factor 1 Satisfacción personal	Factor 2 Actitud prosocial	Factor 3 Autocontrol	Factor 4 Autonomía	Factor 5 Resolución problemas/ autoactualización	Factor 6 Habilidades relación interpersonal	Escala Global
Goldberg (GHQ-12)	-0.47	-0.04	-0.33	-0.31	-0.29	-0.13	-0.41
Problemas de salud física	0.05	0.05	0.02	0.13	0.09	0.05	0.11
Problemas de salud mental	0.20	0.04	0.16	0.17	0.17	0.01	0.20
Visitas al médico	0.04	0.12	0.06	0.05	0.06	0.03	0.06
Visitas al psicólogo	0.22	0.05	0.13	0.16	0.16	0.03	0.20

Al igual que en el segundo estudio, para estudiar la validez de criterio, se han analizado las preguntas relativas al estado de salud física y mental de la muestra. Los resultados se muestran en la tabla 6.7. Resaltan los siguientes aspectos:

- Las correlaciones entre las variables de criterio y el cuestionario de salud mental positiva son bajas (tanto con la escala global como con los factores)

- Las correlaciones entre las variables que evalúan aspectos de salud física y la escala planteada son prácticamente nulas. Las variables que miden aspectos de salud mental tienen correlaciones más altas, con la escala global y con la mayoría de factores. Así por ejemplo, la variable “visitas al psicólogo” correlaciona con la escala global con un valor de 0.20 y con el factor “satisfacción personal” con una correlación de 0.22. Estas correlaciones, aunque no son muy elevadas, van en el sentido de los resultados esperados.

Como se indica en el estudio dos, estos datos sugieren la necesidad de realizar estudios con muestras más grandes y heterogéneas (población “sana” y población enferma). Además, en la muestra estudiada la proporción de sujetos que han manifestado tener problemas de salud (especialmente, de salud mental) ha sido muy pequeña.

En síntesis, se considera que:

- La validez de criterio del cuestionario de salud mental positiva es satisfactoria. La correlación con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg es moderadamente aceptable, tanto desde la perspectiva estadística como desde la vertiente conceptual.
- La correlación del cuestionario de salud mental positiva con las variables que evalúan aspectos de salud física es mínima. Sin embargo, se detecta un cierto vínculo con las variables que hacen referencia a la salud mental.

Validez de constructo

Con el propósito de determinar la estructura factorial del cuestionario definitivo, se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales, aplicando una rotación oblimin. El número de componentes a extraer se ha limitado a 6. Para la interpretación de cada factor se consideraron aquellos ítems con una saturación igual o superior a 0.40.

Los seis factores extraídos explican el 46,8 % de la varianza total del cuestionario. Los valores propios y el porcentaje de varianza explicada por cada factor se presentan en la tabla 6.8. Como se puede observar, el factor 1 es el que explica un mayor porcentaje (23,1%) mientras que los otros cinco factores participan en un porcentaje mucho menor, que va del 6,7% al 3,8%.

TABLA 6.8

Varianza Explicada por Seis Factores en el Cuestionario de Salud Mental Positiva

Factores	Valores Propios	Porcentaje de Varianza	Porcentaje Acumulado
Factor 1	9,71	23,1	23,1
Factor 2	2,82	6,7	29,8
Factor 3	2,05	4,9	34,7
Factor 4	1,85	4,4	39,2
Factor 5	1,62	3,9	43,0
Factor 6	1,58	3,8	46,8

A continuación se presenta la estructura factorial del cuestionario (tabla 6.9).

TABLA 6.9

Matriz Factorial del Cuestionario "Definitivo" de Salud Mental Positiva

ITEMS	FACTORES					
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Nº48- "Me siento insatisfecha de mi aspecto físico"	.764					
Nº9- "Me gusto como soy"	.709					
Nº35- "Para mi la vida es aburrida y monótona"	.699					
Nº34- "Veó mi futuro con pesimismo"	.614					
Nº15- "Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada"	.611					
Nº6- "Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o"	.557					
Nº36- "Me siento a punto de explotar"	.551					
Nº18- "Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean"	.525					
Nº26- "Me gusta ayudar a los demás"		.679				
Nº41- "Pienso en las necesidades de los demás"		.629				
Nº46- "A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías"		.514				

TERCER ESTUDIO

Nº21- “A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas”	.512
Nº40- “Pienso que soy una persona digna de confianza”	.418
Nº13- “Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida”	.779
Nº14- “Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas”	.760
Nº33- “Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos”	.664
Nº12- “Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal”	.622
Nº7- “Los problemas me bloquean fácilmente”	.424
Nº31- “Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí”	.774
Nº2- “Me preocupa que la gente me critique”	.743
Nº8- “Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones”	.649
Nº53- “Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy inseguro”	.468
Nº37- “Me resulta difícil tener opiniones personales”	.409
Nº29- “Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan”	.667
Nº39- “Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones”	.566
Nº51- “Intento mejorar como persona”	.563
Nº59- “Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o”	.546
Nº19- “Delante de un problema, soy capaz de solicitar información”	.514
Nº60- “Cuando hay cambios en mi entorno, intento adaptarme”	.508
Nº23- “Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes”	.508
Nº30- “Soy capaz de decir no cuando quiero decir no”	.433
Nº11- “Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden”	.430
Nº47- “Me considero un/a buen/a psicólogo/a”	.622
Nº54- “A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás”	.614
Nº58- “A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional”	.595
Nº56- “Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas”	.539
Nº55- “Creo que soy una persona sociable”	.518
Nº50- “Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas”	.462
Nº32- “Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes”	.435

Cabe enfatizar los siguientes aspectos:

- **Estructura global del cuestionario:** se mantiene la estructura planteada con un total de 39 ítems que saturan en los distintos factores propuestos con valores superiores a 0.40.
- **Factores resultantes:** corresponde con la configuración inicialmente propuesta y quedan organizados del siguiente modo:

. *Factor 1 "Satisfacción personal"* : queda configurado por un total de 8 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.53 y 0.76.

. *Factor 2 "Actitud prosocial"* : está formado por 5 ítems, con un nivel de saturación que oscila entre 0.42 y 0.68.

. *Factor 3 "Autocontrol"* : está compuesto por 5 ítems, con un rango de saturación que va de 0.42 a 0.78.

. *Factor 4 "Autonomía"* : consta de 5 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.41 y 0.77.

. *Factor 5 "Resolución de problemas y autoactualización"* : tiene 9 ítems, con un valor de saturación que oscila entre 0.43 y 0.67.

. *Factor 6 "Habilidades de relación interpersonal"* : está formado por 7 ítems, con un rango de saturación comprendido entre 0.62 y 0.44.

Correlación entre factores

Las correlaciones entre los seis factores del modelo empírico de Salud Mental Positiva se presentan en la tabla 6.10. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- **Correlaciones entre escala global y factores:** son todas estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El factor F5 (“Resolución de problemas y autoactualización”) es el que tiene un valor más elevado ($r = 0.83$). Los factores “Satisfacción personal” (F1), “Autocontrol” (F3), “Autonomía” (F4) y “Habilidades de relación interpersonal” correlacionan con un rango que va de 0.66 a 0.77. El factor F2 (“Actitud prosocial”) es el que presenta una correlación más moderada, aunque estadísticamente significativa ($r = 0.41$; $p < 0,001$).
- **Correlaciones entre factores:** la correlación entre todos los factores es estadísticamente significativa. Por ejemplo, los factores “Satisfacción personal” (F1), “Resolución de problemas y autoactualización” (F5) y “Habilidades de relación interpersonal” (F6) correlacionan significativamente a un nivel de $p < 0.001$. El nivel de significación entre el factor “Actitud prosocial” (F2) y “Autocontrol” (F3) es de $p < 0.01$ y entre “Actitud social” (F2) y “Autonomía” (F4) es de $p < 0.05$.

TABLA 6.10

Correlación entre factores

FACTORES	Satisfacción personal (F1)	Actitud prosocial (F2)	Autocontrol (F3)	Autonomía (F4)	Resolución problemas y autoactualización (F5)	Habilidades de relación interpersonal (F6)
Satisfacción personal (F1)	-	0.19***	0.48***	0.50***	.52***	.39***
Actitud prosocial (F2)		-	0.18**	0.10*	.32***	.34***
Autocontrol (F3)			-	0.45***	.52***	.33***
Autonomía (F4)				-	.50***	.30***
Resolución problemas y autoactualización (F5)					-	.48***
TOTAL	.77***	.41***	.72***	.70***	.83***	.66***

NOTA: Nivel de significación estadística general * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

El análisis factorial se ha realizado utilizando una técnica de rotación oblicua que genera factores rotados. Algunos autores consideran preferible presuponer la independencia de factores. Sin embargo, de acuerdo con Polit y Hungler (1997), los conceptos vinculados a un constructo, especialmente cuando éste es tan “complejo” como la salud mental, deben mantener cierta relación.

Nunnally y Bernstein (1995) apuntan que correlaciones altas (superiores a 0.70) entre dos factores deberían hacer reflexionar sobre la posibilidad de unificarlos en uno solo. En este sentido, todas las correlaciones obtenidas en este estudio son inferiores a este criterio y, por tanto, estos datos parecen “confirmar” la necesidad de mantener una estructura multifactorial.

6.3 CONCLUSIONES

Los resultados estadísticos son muy satisfactorios para los factores F1, F3, F4, F5 y F6. Sin embargo, el factor F2 presenta algunos problemas en relación a la consistencia interna y la validez de criterio.

Al igual que en el estudio uno y dos, los diferentes análisis para cada factor tienden a coincidir. Algunos aspectos que se pueden destacar son:

- En el análisis factorial todos los ítems planteados dentro de cada factor quedan aceptados, con una saturación igual o superior a 0.40.
- Todos los factores correlacionan con la escala global, con valores estadísticamente significativos ($p < 0.05$)
- El factor 1 “Satisfacción personal” es el que tiene los valores más altos en la mayoría de análisis. El coeficiente alfa es de 0.83 y la correlación test-retest de 0.79. En el análisis factorial es el que explica un mayor porcentaje de varianza (23,1%) y en la validez de criterio es el que presenta una mayor correlación, tanto con el Cuestionario de Salud General ($r=0.47$) como con las variables referidas a la salud mental.

- El factor 2 “Actitud prosocial” es el que presenta valores menos satisfactorios en algunas pruebas. La consistencia interna está por debajo del criterio establecido (con un valor de 0.58) y no puede incrementarse eliminando ningún ítem. Es el factor que tiene una correlación test-retest más baja (0.60), aunque estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Igualmente, es el único factor cuya correlación con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) es prácticamente nula y estadísticamente no significativa ($p = 0.497$).

Los resultados de los estudios dos y tres, en general, son bastante similares. Sin embargo, el porcentaje de varianza explicada en el estudio tres es del 46,8% (en comparación al 39,7% del estudio dos) y los valores de saturación de los ítems en los respectivos factores son ligeramente más elevados.

En síntesis, se puede concluir que:

- En este tercer estudio, el modelo resultante se corresponde con el modelo planteado inicialmente.
- Se perfila la posibilidad de configurar un modelo de salud mental positiva compuesto por 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6). La estructuración de estos 6 factores en un modelo explicativo de salud mental positiva supondría la articulación de aspectos, tanto teóricos como prácticos, que en la actualidad se abordan de forma independiente o dentro de marcos conceptuales poco integrados.
- El modelo que se perfila es coherente con los conceptos que se utilizan habitualmente en la bibliografía sobre el tema y con los programas aplicados de prevención y promoción de la salud. En este sentido, parece que los factores obtenidos están más próximos a la realidad que los planteados en el estudio uno y dos, siguiendo los criterios de Jahoda (1958).

CAPITULO 7: DISCUSION

La operativización del modelo de Jahoda (1958) es una tarea complicada; definir los seis criterios generales y las 16 dimensiones que lo configuran conlleva bastantes problemas de carácter teórico. Los conceptos que integran el constructo salud mental positiva (accesibilidad del yo a la conciencia, sentido de identidad, motivación por la vida, implicación en la vida, etc.) son, por su propia naturaleza, abstractos y difíciles de traducir a un lenguaje operativo. La propia autora comenta que muchas de las dimensiones están interrelacionadas y, por tanto, resulta problemático diferenciarlas y conferirles una entidad propia.

Como era previsible, los resultados del **primer estudio** confirman los “temores” iniciales y cuatro de los seis factores generales no cumplen la estructura propuesta. Sin embargo, la información obtenida contribuye a definir los factores generales de forma más precisa y facilita su reoperativización.

Los resultados del primer estudio delimitan claramente la unidimensionalidad de los seis factores generales. En este sentido, los factores F3 (Integración) y F4 (Autonomía), configurados inicialmente con un solo subfactor (F3.1-Resistencia al estrés y F4.1-Conducta Independiente), mantienen la estructura propuesta por Jahoda (1958). Estos conceptos aparecen con frecuencia en la bibliografía sobre el tema; muchos autores incluyen las variables “Autonomía” e “Integración” en las definiciones multicriteriales de salud mental descritas en el primer capítulo (Belloch e Ibanez, 1992, citados en Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Costa, 1994; Fernández-Ríos y Buéla-Casal, 1997; Font, 1983; Mesa, 1986; Tizón, 1996; Warr, 1987). Asimismo, diversas escalas de evaluación que manejan conceptos afines al de salud mental positiva

(descritas en el tercer capítulo) contienen uno o ambos de estos factores (Bradburn, 1965, 1969; Jones y Crandall, 1986; Walker, Kerr, Pendes y Sechrist, 1990).

La estructura multidimensional planteada para los restantes factores generales: F1 (Actitudes hacia sí mismo: 4 dimensiones), F2 (Crecimiento y Autoactualización: 2 dimensiones), F5 (Percepción de la realidad: 2 dimensiones) y F6 (Dominio del entorno: 6 dimensiones) no se cumple. Como hemos indicado, no existe ninguna escala para evaluar la salud mental positiva y, por tanto, no disponemos de otros estudios que permitan contrastar nuestros datos. Sin embargo, los resultados tienden a ser congruentes con otros trabajos que utilizan conceptos positivos de salud mental.

El factor 1 (Actitudes hacia sí mismo), definido inicialmente con cuatro dimensiones (F1.1-Accesibilidad del yo a la conciencia, F1.2-Concordancia yo real-yo ideal, F1.3-Autoestima y F1.4-Sentido de identidad), queda configurado como un factor unidimensional, con ítems que evalúan autoconcepto y autoestima. Estos resultados parecen coherentes, desde un punto de vista teórico, puesto que, como señala la propia Jahoda (1958): para construir el concepto de uno mismo, la persona debe conocer y ser consciente de quién es, diferenciando lo que es de lo que le gustaría ser. Por tanto, los subfactores “accesibilidad del yo a la conciencia” (F1.1), “concordancia yo real-yo ideal” (F2.2) y “sentido de identidad” (F1.4) están, al menos en parte, englobados dentro del autoconcepto.

Asimismo, diversos autores estudian la autoestima y/o el autoconcepto como variables que reflejan la actitud global de la persona consigo misma. Garanto (1984) realizó una investigación, con una muestra de profesores de EGB, para valorar las actitudes hacia si mismo aplicando una escala de autoconcepto (*The Tennessee Self-Concept Scale*). Goldsmith (1986) y Pastor, Navarro, Tomás y Oliver (1997) utilizan la escala de autoestima de Rosenberg (1965) como medida de las actitudes hacia si mismo. Shek (1998) y Leak y McCarthy (1984) consideran que la autoestima es una dimensión que evalúa la salud mental positiva. Asimismo, algunos autores, por ejemplo Bryant y Veroff (1982) y Ryff (1989, 1991), conciben las actitudes hacia si mismo como una dimensión que define y permite evaluar el bienestar psicológico.

En el modelo de Jahoda (1958), el factor 2 (Crecimiento y autoactualización) estaba formado por dos subfactores (F2.1-Motivación por la vida y F2.1-Implicación en la vida) y, según los resultados, queda definido por una sola dimensión que parece evaluar la motivación por la vida. La propia autora, al intentar diferenciar los conceptos de motivación e implicación, indica que están íntimamente vinculados y que difícilmente la persona podrá estar implicada en la vida (en el trabajo, en ideas, etc.) si no está motivada para conseguirlo. Por tanto, parece coherente que la motivación, entendida como la fuerza motriz que da significado a la vida y estimula el crecimiento personal, emerja como una dimensión única que condense ambos subfactores. En este sentido, Roselló (1996) considera que la motivación está formada por dos componentes básicos: la activación (identificada como producción de conducta) y la direccionalidad. El concepto de motivación es la base de la conducta humana y una pieza clave desde todas las orientaciones psicológicas: fenomenológica, cognitivo-conductual, psicodinámica y sistémica (Fernández-Abascal, 1995a; Llor, Abad, García y Nieto, 1995). Por tanto, resulta lógico que tenga un peso específico importante en una escala que pretende evaluar la salud mental positiva

El factor 5 (Percepción de la realidad) estaba compuesto por dos subfactores (F5.1-Percepción objetiva y F5.2-Empatía o sensibilidad social) pero los análisis estadísticos perfilan una sola dimensión: "empatía o sensibilidad social". La "desaparición" de la variable "percepción objetiva", en un factor que pretende medir la percepción de la realidad, resulta un tanto sorprendente. Estos resultados podrían explicarse, al menos en parte, debido a los criterios que utiliza Jahoda (1958) para definir este concepto. A *priori* parece problemático plantear un factor de percepción de la realidad que mezcle contenidos de percepción objetiva y de empatía o sensibilidad social. Posiblemente, la percepción objetiva está más vinculada al factor 6 (Dominio del entorno); la propia Jahoda (1958) indica que tiene una estrecha relación con la adaptación (una de las dimensiones de este criterio).

Por otra parte, resulta coherente, como apuntan los datos, que la empatía o sensibilidad social configure un factor relacionado con la percepción social y las habilidades de comunicación interpersonal. La empatía es una habilidad relacional básica que permite descifrar las emociones que expresan los demás y, por tanto, compartir afecto (Chalifour, 1994; Eisenberg y Strayer, 1992). En este sentido, parece

un buen indicador de salud mental positiva. Por ejemplo, Bryant (1992), en un estudio longitudinal realizado con niños en edades comprendidas entre 7 y 14 años, indica que: “la empatía juega un papel importante en la salud mental, particularmente cuando los niños pasan de la infancia a la edad media” (Bryant, 1992, pág. 275).

El factor 6 (Dominio del entorno) estaba formado por 6 dimensiones (F6.1-Satisfacción sexual, F6.2-Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre, F6.3-Adecuación en las relaciones interpersonales, F6.4-Habilidad para satisfacer las demandas del entorno, F6.5-Adaptación y ajuste y F6.6-Resolución de problemas). Sin embargo, los análisis realizados definen un solo factor compuesto por ítems que evalúan: relaciones interpersonales, adaptación y resolución de problemas. Los resultados obtenidos parecen coherentes y los contenidos que engloba coinciden con los diferentes indicadores que se utilizan habitualmente para valorar el ajuste y la competencia social, como: resolución de problemas (Bermúdez, 1997; D’Zurilla, 1993; Rosenbaum, 1980), relaciones sociales (De Vries y Van Heck, 1997; McFarlane, 1981), relaciones emocionales (García-Riaño, 1998) o expresión social (Caballo, 1997).

En definitiva, los resultados del primer estudio generan un cuestionario con 40 ítems estructurados en 6 factores. Los ítems seleccionados cumplen los siguientes criterios: presentan índices de homogeneidad superiores a 0.25, tienen una varianza igual o mayor a 0.30 y saturan por encima de 0.40 en el primer factor resultante del análisis factorial exploratorio.

El **segundo estudio** se diseña, a tenor de los resultados obtenidos, con una estructura de 6 factores generales con 10 ítems por factor. El número de ítems aceptados en el primer estudio resulta suficiente para los factores: F1 (Actitudes hacia si mismo) y F6 (Dominio del entorno). Pero es insuficiente para los factores: F2 (Crecimiento y Autoactualización), F3 (Integridad), F4 (Autonomía) y F5 (Percepción de la realidad). Por tanto, el segundo cuestionario se construye con 37 ítems de la escala original y 23 de nueva creación.

Los resultados obtenidos en los diversos análisis confirman nuevamente los factores F3 (Integridad) y F4 (Autonomía) del modelo inicial. Sin embargo, generan cambios en

el contenido de los restantes factores y perfilan, en general, un modelo de salud mental positiva un tanto distinto del propuesto por Jahoda (1958).

Los contenidos del Factor 1 están relacionados mayoritariamente con el autoconcepto y la autoestima y, además, tiene ítems que proceden de otros factores del modelo hipotético, como por ejemplo, "Veó mi futuro con pesimismo" o "Para mí la vida es aburrida y monótona". Estos nuevos ítems reflejan la percepción, positiva o negativa, de la persona hacia su interacción con el entorno. En definitiva, este factor evalúa la valoración que uno hace de sí mismo y la actitud que mantiene ante la vida y el futuro. Por tanto, consideramos que el nombre "**Satisfacción personal**" permite englobar los diferentes componentes que lo configuran. En este sentido, parece lógico pensar que si la persona tiene una concepción positiva de sí misma y considera que su vida, en general, es interesante tendrá, probablemente, un nivel de satisfacción personal elevado.

El Factor 2 está formado por cuatro ítems que evalúan sensibilidad social y el ítem "pienso que soy una persona digna de confianza". La incorporación de este ítem, en principio, resulta un tanto paradójica puesto que parece más vinculado al autoconcepto y, por tanto, al Factor 1. Sin embargo, la persona que tiene una predisposición activa hacia la sociedad, una actitud de ayuda y apoyo hacia los demás y que acepta los hechos sociales diferenciales, suele ser considerada por su entorno como digna de confianza. En este sentido es posible que la retroalimentación que recibe de su medio social favorezca que se autoperciba a sí misma como una persona en la que se puede confiar. Por tanto, teniendo en cuenta los contenidos que engloba este factor, se decide denominarlo "**Actitud prosocial**".

Los diferentes análisis confirman la estructura del factor 3 "Integración". Sin embargo, los ítems que lo componen están muy vinculados a la capacidad para afrontar situaciones conflictivas y mantener el equilibrio emocional. Por ejemplo: "Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida" o "Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas". Por tanto, los expertos consultados sugieren cambiar el término "Integración" por el de "**Autocontrol**". También se confirma el Factor 4 pero, en este caso, el nombre del

factor refleja adecuadamente el contenido de los ítems, por lo que se mantiene la denominación original: **“Autonomía”**.

El factor F5 está configurado por ítems que valoran la habilidad de la persona para afrontar activamente los problemas. Por ejemplo, “cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones” o “delante de un problema soy capaz de solicitar información”. Asimismo, contiene ítems que reflejan el interés por las nuevas experiencias y el deseo de superación y desarrollo personal. Por ejemplo: “los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan” o “intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden”. En definitiva, este factor evalúa la aptitud para tomar decisiones y la búsqueda del crecimiento personal. Por tanto, lo hemos denominado **“Resolución de problemas y autoactualización”**.

Los ítems del Factor 6 están relacionados con la capacidad de la persona para comprender los sentimientos de los demás y con la habilidad para establecer relaciones interpersonales. Por ejemplo, “creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas”, “creo que soy una persona sociable” o “me considero un/a buen/a psicólogo/a”. Por tanto, lo denominamos **“Habilidades de relación interpersonal”**.

El **tercer estudio** confirma los seis factores obtenidos en el segundo. El modelo de salud mental positiva que perfila la investigación resulta coherente, en líneas generales, con los conceptos teóricos que se utilizan desde la perspectiva positiva de la salud mental y, también, con los que se manejan desde una óptica negativa cuando el objetivo es “curar” o prevenir. Asimismo, los factores que se obtienen están íntimamente relacionados con la vertiente aplicada de la psicología y aparecen, con frecuencia, como dimensiones de los instrumentos de evaluación y como objetivos a potenciar o entrenar en los programas de prevención y promoción. Por ejemplo, las habilidades sociales, las habilidades para resolver problemas o las estrategias que favorecen el autocontrol son técnicas esenciales, desde el enfoque cognitivo-conductual, para trabajar en el ámbito de la prevención (Bermúdez, 1997; Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997). A continuación, hacemos una pequeña revisión de las publicaciones que trabajan con uno o varios de los seis factores de salud mental positiva que ha generado la investigación.

La satisfacción personal es un criterio ampliamente utilizado para definir y evaluar el bienestar subjetivo y/o la calidad de vida percibida; como un índice global o como satisfacción en diferentes esferas de la vida. En la línea de los resultados obtenidos, Evenson y Vieweg (1998) consideran que la satisfacción consigo mismo (englobando aspectos de autoconcepto y autoestima) y el significado de vida percibido son buenos predictores de la satisfacción global. Asimismo, para Seva, Magallón, Merino y Sarasola (1990) y Shek (1998) la satisfacción es una dimensión de la salud mental positiva.

La mayoría de autores consideran que la satisfacción es el componente afectivo de la calidad de vida. Por ejemplo, Fernández-Ballesteros (1997) estudia la satisfacción como una dimensión de la calidad de vida en la vejez. Asimismo, Caron, Tempier, Mercier, y Leouffre (1998), Mercier, Péladeau, y Tempier (1998) y Tempier, Caron, Mercier y Leouffre (1998) están realizando investigaciones sobre la calidad de vida en pacientes psiquiátricos crónicos, tratados en la comunidad, y adoptan la satisfacción como un indicador básico de la misma. Por otro lado, la satisfacción se utiliza como criterio para evaluar la calidad de los servicios asistenciales (Artal, Vázquez-Barquero, Rodríguez-Pulido, Gaité, García, Ramírez y Ruggeri, 1997; Gaité, Ramírez, Artal, Rodríguez-Pulido, Arriaga y Vázquez-Barquero, 1998).

También existen diversas escalas que evalúan los estados emocionales subjetivos a través de indicadores de satisfacción. Algunas, como la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1982), utilizan una sola dimensión que mide la satisfacción general. Otras, por ejemplo, el Índice de Satisfacción con la Vida de Neugarten, Havighrust y Tobin (1961), incluyen varios factores, como por ejemplo, el concepto que uno tiene de sí mismo o la concordancia entre los objetivos alcanzados y los deseados. Asimismo, la Escala de Bienestar General de Dupuy (1977) contiene la dimensión "Bienestar Positivo" que valora la satisfacción personal consigo mismo y con la propia vida.

La actitud prosocial y las habilidades de relación interpersonal son dos factores íntimamente relacionados. La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana. A lo largo del día pasamos muchas horas interactuando con otras personas; de hecho el ser humano es un "ser social". Por tanto, las habilidades

sociales, es decir, saber transmitir lo que se quiere decir, decirlo correctamente, saber si se ha entendido el mensaje, adaptar la interacción en función de la respuesta del interlocutor, etc., son fundamentales para relacionarnos y crecer como personas. En este contexto, la actitud prosocial es una condición necesaria para mantener relaciones interpersonales satisfactorias y un prerrequisito de las habilidades sociales. La capacidad para comunicarse es fundamental para desenvolverse en muchos ámbitos de la vida, favorece el bienestar personal, incrementa la autoeficacia y permite recibir un mayor reforzamiento social (Bermúdez, 1997; Caballo, 1996).

El entrenamiento de las habilidades sociales está planteado desde una perspectiva positiva y va dirigido a mejorar el nivel de competencia social de la persona (Olza, 1998). Existen varios programas, proyectos y publicaciones, dentro del ámbito de la promoción, que utilizan o proponen utilizar el entrenamiento de habilidades relacionales específicas (empatía, asertividad, habilidades de intervención en crisis, habilidades de liderazgo, etc.) en diferentes poblaciones como: niños y preadolescentes, estudiantes de bachillerato, estudiantes universitarios (de psicología, enfermería, derecho, etc.), personal auxiliar y enfermeras, policías, directivos, supervisores, profesores, madres de adolescentes, etc. (Ajuntament de Granollers, 1992; Castanyer, 1996; Costa, 1996; Fernández, 1998; García-Huete, 1993; Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Kelly, 1992; Lluch, 1997b; OMS, 1997) Por ejemplo, Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989) citan un programa de entrenamiento en habilidades de interacción con el ciudadano aplicado a 225 policías. El objetivo de la intervención era potenciar los recursos del agente y optimizar su capacidad profesional para afrontar con mayor eficacia: peleas familiares, violaciones, accidentes, etc. En esta misma línea, en la *Escola de Policia de Catalunya* se aplica un programa de *Tècniques d'autocontrol i d'actuació interpersonal*".

Asimismo, el entrenamiento en habilidades sociales es una de las técnicas más utilizadas en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la mayoría de problemas psicológicos: depresión, fobias sociales, consumo de tabaco en niños y adolescentes, consumo de drogas en adolescentes, juego patológico, terapia de pareja (Amunátegui, 1997; Bados, 1991 Cáceres, 1998; Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, 1997; Hurrelman, 1997; Méndez, Olivares y Ros, 1998; Muñoz, 1997; Sussman, 1997).

La Autonomía es uno de los criterios de salud mental positiva, planteado por Jahoda (1958) que ha superado los filtros de los diversos estudios y se ha mantenido como un factor con entidad propia a lo largo de toda la investigación. Jones y Crandall (1986) la definen como una dimensión de la persona autoactualizada. Asimismo, Costa (1994) considera la autonomía como una característica de la salud mental ligada a la libertad personal:

“La actuación del individuo ha de estar bajo el control voluntario, se ha de poder modificar libremente y poseer autonomía personal para poder decidir, en todo momento, lo que hace falta hacer. Esta pérdida o reducción de la libertad es, para muchos autores, el aspecto crucial de la enfermedad psíquica. El enfermo se tiene que comportar de una manera determinada, a veces incluso en contra de los propósitos conscientes de el mismo” (Costa, 1994, pp. 43-44).

La autonomía es uno de los objetivos básicos, implícitos o explícitos, de la mayoría de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diversas orientaciones psicológicas. De hecho, desde la primera infancia se intenta potenciar la independencia de la persona para que modele sus propios criterios, adquiera confianza y seguridad en si misma y sea capaz de autorregular su propia conducta.

Uno de los ámbitos en los que la autonomía está planteada como un objetivo de intervención explícito es el de la funcionalidad. Es decir, la capacidad de la persona para afrontar las actividades de la vida cotidiana y desenvolverse sin necesidad de ayuda por parte de los demás. Belloch e Ibañez (1992, citados en Belloch, Sandin y Ramos, 1995) consideran que la autonomía funcional es un parámetro para diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona. Asimismo, Ware y Sherbourne (1992) evalúan la salud mental desde la dimensión “limitaciones de rol” y plantean que la autonomía podría corresponder a la capacidad de la persona para desarrollar los diversos roles sin ningún tipo de limitación o impedimento.

Existen diversas escalas que evalúan la autonomía desde la perspectiva de la funcionalidad (ver capítulo 3). Por ejemplo, el Índice de Independencia de las Actividades de la Vida Cotidiana, originalmente elaborado por Katz, For, Moskowitz,

Jackson y Jafe (1963) y que cuenta con una adaptación española realizada por Badia, Salamero, Alonso y Olle (1996). Igualmente, la OMS (WHOQOL group, 1994) ha elaborado un instrumento para evaluar la calidad de vida, que incluye el “nivel de Independencia” como una de las dimensiones de la escala.

El autocontrol es un factor que procede del criterio “Integración” del modelo original de Jahoda (1958) y que se ha mantenido a lo largo de los tres estudios. Es una dimensión fundamental para mantener el equilibrio emocional, un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona. Como indican Olivares, Méndez y Lozano (1998), la mayoría de comportamientos “sanos” reciben su recompensa a largo plazo y, por tanto, el autocontrol es una habilidad esencial para posponer o demorar la gratificación y conseguir objetivos que requieren un trabajo continuado. Asimismo, Fernández-Abascal (1995b) lo considera un estilo cognitivo de afrontamiento que permite movilizar los recursos necesarios para regular los sentimientos y comportamientos generados por una situación de estrés. Por su parte, Bermúdez (1997) sugiere que la persona capaz de autocontrolar su conducta es más independiente de las fluctuaciones del ambiente y que el autocontrol influye positivamente en la autoestima de los niños incrementando su competencia personal.

El autocontrol es una habilidad fundamental desde la perspectiva positiva de la salud. En este sentido, existen varios manuales de autoaplicación que aportan estrategias para potenciar el autocontrol en la población general, reconociendo la importancia que la persona tiene en el manejo de su propia conducta. Por ejemplo, el libro de “Técnicas de autocontrol” de Fábregas y García-Grau (1995), el de Davis, McKay y Eshelman (1985) “Técnicas de autocontrol emocional” o el de Greenberger y Padesky (1998) “El control de tu estado de ánimo”. Asimismo, las técnicas de autocontrol aparecen ya en los orígenes del modelo conductual; en la actualidad, forman parte de la mayoría de manuales de modificación de conducta y se aplican en el tratamiento de diferentes trastornos: ludopatía, depresión, adicción al tabaco, trastornos alimentarios, etc. (Crespo y Larroy, 1998; Díaz-García, Comeche y Vallejo-Pareja, 1995; López, Rodríguez-Naranjo y Gavino, 1997; Rehm, 1993; Vallejo-Pareja, 1998). Olivares, Méndez y Lozano (1998) las definen como:

“El conjunto de procedimientos a través de los cuales el terapeuta enseña a los sujetos estrategias que les permiten diseñar (auto)intervenciones ...” (Olivares, Méndez y Lozano, 1998, pág. 372).

Por otra parte, existen diversas escalas que utilizan el autocontrol como un indicador de salud mental. Por ejemplo, la Escala de Equilibrio Afectivo de Bradburn (1965) mide el control emocional y los efectos que el estrés o las contrariedades generan en el estado emocional de la persona. Asimismo, es una de las dimensiones de Inventario de Salud Mental de Ware (1979) y de la Escala de Bienestar General de Dupuy (1977).

Resolución de problemas y autoactualización. En la vida cotidiana nos vemos obligados a afrontar continuamente múltiples situaciones conflictivas y a tomar decisiones. Todas las personas tienen problemas en las diferentes facetas de su vida: laboral, social, sentimental, etc. y las estrategias que utilizan para afrontarlos determinarán, en gran medida, su nivel de salud mental. Como indica D’Zurilla (1993):

“A lo largo de la historia, filósofos, educadores y psicólogos han reconocido que los humanos son “resolvedores de problemas” y que existen diferencias individuales en la habilidad para resolver conflictos en la población general” (D’Zurilla, 1993, pág. 17).

La habilidad para solucionar problemas promueve la competencia social, la autoeficacia, la autoestima y, por tanto, permite optimizar el funcionamiento personal (D’Zurilla, 1993; Lluch, 1997b). Como sucede con las habilidades sociales existen varios programas, proyectos y publicaciones, dentro del ámbito de la promoción, que utilizan o proponen utilizar el entrenamiento en resolución de problemas a diferentes poblaciones: niños en edad preescolar, adolescentes, policías, trabajadores de empresas estatales, profesionales de la atención primaria de salud, maestros, etc. (Costa, 1996; Fábregas y García-Grau, 1995; Fernández, 1998; Flórez, 1997; Méndez, Olivares y Abásolo, 1998; OMS, 1997).

Asimismo, la técnica de resolución de problemas forma parte de la mayoría de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de diferentes trastornos: depresión, ansiedad, obesidad, problemas de pareja, alcoholismo, etc. (Bados, 1998;

Cáceres, 1998; García-Grau, 1996; Marx y Schulze, 1991; Muñoz, 1997; Vázquez-Barquero, Díez-Manrique, Ayuso, Lasa, Oviedo, Arriaga, Del Castillo, Carnicero y Higuera, 1998).

Por otra parte, la autoactualización es un indicador de salud mental e incluso de salud mental positiva (Compton, Smith, Cornish y Qualls, 1996; Harris y Brown, 1974; Leak y McCarthy, 1984; McVane, James, Lange, Walter y Zayat, 1978; Shek, 1998; Walker, Kerr, Pender y Scehrist, 1990). Asimismo, entendida como la fuerza motriz que genera el deseo de crecimiento y superación personal, es un ingrediente esencial en todo el proceso de resolución de problemas.

Los estudios realizados por Harris y Brown (1974), Leak y McCarthy (1984) y McVane, James, Lange, Walter y Zayat (1978) consideran que la autoactualización es una dimensión o medida de salud mental positiva y para evaluarla utilizan el Inventario de Orientación Personal (*Orientation Personal Inventory*) de Shostrom (1965). Por su parte, Compton, Smith, Cornish y Qualls (1996), contemplan el crecimiento personal como un factor importante para definir la salud mental y utilizan, entre otras medidas, el Índice Breve de Autoactualización (*The Short-Index of Self-Actualization*) de Jones y Crandall (1986). Finalmente, Walker, Kerr, Pender y Scehrist (1990) incorporan la autoactualización como una dimensión de la escala Estilos de Vida Promotores de Salud (*Health Promoting Lifestyle Profile*).

En definitiva, los seis factores de salud mental positiva identificados en esta investigación aparecen con frecuencia en las publicaciones que adoptan una perspectiva positiva de la salud. Sin embargo, a nivel teórico se abordan, en general, de forma aislada o se describen relaciones parciales entre dos o tres conceptos. Por ejemplo, la satisfacción personal con la autonomía (De Vries y Van Heck, 1997) o con el autocontrol (Heun, Burkart, Maier y Bech, 1999). Por otra parte, a nivel aplicado, encontramos bastantes programas de intervención multicomponentes que, entre otras técnicas, utilizan resolución de problemas y habilidades sociales (Fábregas y García-Grau, 1995). De todas formas, no hemos localizado ningún autor que integre los seis factores en un marco conceptual y les confiera la categoría de modelo.

Los **resultados psicométricos del cuestionario “definitivo”** resultan, en general satisfactorios. El coeficiente alfa de la escala global es de 0.91 y oscila de 0.58 en el factor 2 a 0.83 en el factor 1. El coeficiente de fiabilidad test-retest general es de 0.85 y varia entre el 0.60 del factor 2 y el 0.79 del factor 1. La correlación entre la escala global y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972) es de -0.41 y la correlación de éste con los factores va de -0.04 en el factor 2 a -0.47 en el factor 1. Finalmente, el porcentaje de varianza total explicada es del 46,8% (ver tabla 7.1).

TABLA 7.1

Fiabilidad y Validez del Cuestionario “definitivo” de Salud Mental Positiva

FACTORES	FIABILIDAD		VALIDEZ	
	COEFICIENTE ALFA	TEST-RETEST	DE CRITERIO	DE CONSTRUCTO (% Varianza explicada)
FACTOR 1	0.83	0.79	-0.47	23,1
FACTOR 2	0.58	0.60	-0.04	6,7
FACTOR 3	0.81	0.72	-0.33	4,9
FACTOR 4	0.77	0.77	-0.31	4,4
FACTOR 5	0.79	0.77	-0.29	3,9
FACTOR 6	0.71	0.72	-0.13	3,8
GLOBAL	0.91	0.85	-0.41	46,8

Como puede observarse en la tabla 7.1, el factor 2 es el que obtiene peores resultados en fiabilidad; por tanto, sería necesario revisar el contenido y la redacción de los ítems. Asimismo, tiene una correlación muy baja con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972), pero la “actitud prosocial” es un concepto muy alejado de las dimensiones que evalúa esta escala. Por otra parte, tiene a su favor el hecho de ser el segundo factor que explica un mayor porcentaje de varianza (6,7%). A nivel teórico, nos parece interesante que el análisis factorial haya diferenciado entre la actitud prosocial y la habilidades sociales que, en el estudio dos, se habían planteado como un único factor. En este sentido, la actitud prosocial es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena capacidad de comunicación.

Por otra parte, la correlación entre la escala elaborada en nuestra investigación y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972) es moderada (-0.41). El problema básico que hemos encontrado a la hora de evaluar la validez de criterio es la falta de instrumentos que midan la salud mental positiva. Por tanto, hemos seleccionado una escala relativamente afín y reconocida por la mayoría de autores como una de las mejores para evaluar la salud mental en poblaciones "sanas". Sin embargo, las dimensiones valoradas por el cuestionario de Goldberg (1972) son diferentes de las que componen nuestra escala; esto podría explicar que la validez de criterio obtenga los resultados menos satisfactorios. En este sentido, el "Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS" (WHOQOL) presenta problemas similares; las correlaciones de la escala global (WHOQOL) con los dos cuestionarios utilizados como criterio son bajas (entre 0.17 y 0.36). Como indican De Vries y Van Heck (1997), los resultados son tanto más favorables cuanto más afín es el instrumento-criterio a la dimensión evaluada y cuanto más simple y unidimensional es el constructo a medir.

Una posible alternativa hubiera sido utilizar un instrumento-criterio para cada uno de los factores de la escala. Sin embargo, el objetivo básico de la investigación es hacer el primer paso para construir un instrumento que permita evaluar la salud mental positiva y, por tanto, optamos por una solución intermedia: utilizar un sólo cuestionario y cuatro variables-criterio referidas a aspectos de salud física y mental. En este sentido, pensamos que la comparación con el cuestionario de Goldberg (1972) y con las variables-criterio eran suficientes para discriminar si la validez de nuestra escala iba en la dirección esperada. Asimismo, como hemos comentado a lo largo de este trabajo, resulta difícil encontrar instrumentos afines a todas las dimensiones que configuran el concepto de salud mental positiva.

Por otra parte, puesto que no existen escalas equivalentes, sólo podemos contrastar los resultados obtenidos con cuestionarios que intentan evaluar conceptos afines al de salud mental positiva o bien alguna de las dimensiones específicas de la misma. Las características psicométricas de nuestro cuestionario están en la línea de las que tienen otras escalas ampliamente utilizadas en el campo de la salud mental y descritas en el capítulo tres (ver tabla 7.2):

TABLA 7.2

Fiabilidad y Validez de 24 escalas que miden conceptos afines a la salud mental positiva

ESCALA	FIABILIDAD		VALIDEZ	
	COEFICIENTE ALFA	TEST-RETEST	DE CRITERIO	DE CONSTRUCTO (%Varianza explicada)
Encuesta de Opinión de Salud (<i>The Health Opinion Survey</i> , HOS) McMillan (1957)	G: 0.84	G: 0.78-0.87	G: 0.37-0.57	
Encuesta de Salud SF-36 (<i>Health Survey, SF-36</i>) Ware y Sherbourne (1992)	8 DI: 0.31-0.72	DI: 0.38-0.90	DI: 0.34-0.76	2 Factores 62%
Cuestionario de Salud General (<i>General Health Questionnaire</i> , GHQ) Goldberg (1972)	G: 0.82-0.93	G: 0.51-0.90	G: 0.45-0.83	G: 44% -68%
Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud-Versión española (<i>Health Promoting LifeStyle Profile</i> , HPLP-Spanish language version) Walker, Kerr, Pender y Sechrist (1990; versión original, 1987).	G: 0.94 6 DI: 0.70-0.87	G: 0.87 DI: 0.73-0.85		6 Factores 45,9%
Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) Ruiz y Baca (1993)	G: 0.94 4 DI: 0.82-0.91	G: 0.96 DI: 0.77-0.97	G: -0.69-0.72 DI: -0.33-0.74	4 Factores 53,5%
Instrumento de Valoración de la Calidad de Vida-OMS-Versión holandesa (<i>World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument</i> , WHOQOL-100-Dutch version) De Vries y Van Heck (1997)	G: 0.91 13 DI: 0.71-0.93		G: -0.17-0.36	
Inventario de Calidad de Vida-Revisado (ICV-2R) Garcia-Riaño (1998)		G: 0.92 13 DI: 0.45-0.94	DI: 0.28-0.69	13 Factores 56,1%
Valoración de 22 Síntomas Psiquiátricos (<i>Twenty-Two Screening Score of Psychiatric Symptoms</i> , SSPS-22) Langer (1962)	G: 0.77	G: 0.50-0.77		
Escala de Calidad del Bienestar (<i>Quality of Well-Being Scale</i> , QWBS) Kaplan, Bush y Berry (1976)	G: 0.90	G: 0.93-0.98	G: -0.55-0.96	
Escala de Bienestar General (<i>General Well-Being Schedule</i> , GWBS) Dupuy (1878).	G: 0.90-0.95 6 DI: 0.72-0.80	G: 0.50-0.86	G: 0-47-0.80	3 Factores 51%

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

Inventario de Salud Mental (<i>Mental Health Inventory</i> , MHI) Ware (1979)	G: 0.96 5 DI: 0.83-0.92	G: 0.64 DI: 0.56-0.63	G: 0.40-0.58	
Indice de Satisfacción de Vida (<i>Life Satisfaction Index</i> , LSI) Neugarten y Havighrust (1961)	G: 0.70-0.80		G: 0.41-0.76	
Escala de Equilibrio Afectivo (<i>Affect Balance Scale</i> , ABS) Bradburn (1965; revisada en 1969)	2 DI: 0.47-0.73	DI/G: 0.90	G/DI: 0.48-0.64	
Escala del Estado de Animo del Centro Geriátrico de Filadelfia (<i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> , PGCMS) Lawton (1972)	G: 0.81	G: 0.75-0.91	G: 0.57	
Cuatro Items Unicos Indicadores de Bienestar (<i>Four Single Item Indicators of Well-Being</i> , FSIIWB) Andrews (1976)	4 DI: 1DI: 0.74-0.87	4 DI: 0.41-0.70	4 DI: 0.70-0.82	
Cuestionario de Autocontrol (<i>Self Control Schedule</i> , SCS) Rosenbaum (1980)	G: 0.78-0.84	G: 0.86	G: 0.08-0.54	
Escala de Satisfacción con la Vida (<i>Satisfaction With Life Scale</i> , SWLS) Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); Diener (1994)	G: 0.87	G: 0.82	G: 0.47-75	1 Factor 66%
Escala de Afecto Positivo y Negativo (<i>Positive and Negative Affect Schedule</i> , PANAS) Watson, Clark y Tellegen (1988)	2 DI: 0.87-0.88	DI: 0.84-0.90	DI: 0.76-0.92	2 Factores 68,7%
Indice de Reactividad Interpersonal (<i>Interpersonal Reactivity Index</i> , IRI) Davis (1980; 1983)	4 DI: 0.71-0.77	DI: 0.62-0.71	DI: 0.11-0.63	
Inventario de Orientación Personal (<i>Personal Orientation Inventory</i> , POI) Shostrom (1964)		12 DI: 0.91-0.93	G: 0.69 DI: -0.41-0.67	
Escala de Autoconcepto de Tennessee (<i>Tennessee Self Concept Scale</i> , TSCS) Fitts (1965). Adaptación española: Garanto (1984).		G: 0.92 15 DI: 0.80-0.91	G y DI: máximo 0.70	
Indice Breve de Auto-Actualización (<i>Short Index of Self-Actualization</i> , SISA) Jones y Crandall (1986)	G: 0.65	G: 0.69	G: 0.67	4 Factores 43%
Escala de Autoeficacia (<i>Self-Efficacy Scale</i> , SES) Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers (1982)	G: 0.79-0.93		G: 0.42-0.60	1 Factor 39%
Escala de Autoestima (<i>Self-Esteem Scale</i>) Rosenberg (1965, 1979)	G: 0.72	G: 0.92	G: 0.60	

G= valores de la escala global; DI= valores de las dimensiones o factores

A continuación, se destacan algunos aspectos de la tabla 7.2 y, además, presentamos entre paréntesis y en negrita los resultados de nuestro estudio para facilitar la comparación:

- Los coeficientes de consistencia interna globales, de las diversas escalas, tienen valores que van de 0.65 a 0.96 / **(0.91)**.
- Los coeficientes de consistencia interna de los instrumentos que están estructurados en dimensiones presentan valores que van de 0.31 a 0.93 / **(0.58 a 0.83)**. Sin embargo, la mayoría están comprendidos entre 0.70 y 0.90 / **(0.71 a 0.83)**.
- Los coeficientes de fiabilidad test-retest de las escalas globales están entre 0.50 y 0.98 / **(0.85)**.
- Los coeficientes de fiabilidad test-retest para las diversas dimensiones van de 0.38 a 0.97 / **(0.60 a 0.79)**.
- Las correlaciones entre las escalas globales y las escalas-criterio están entre 0.08 y 0.96 / **(0.41)**.
- Las correlaciones entre las diversas dimensiones y las escalas-criterio van de 0.11 a 0.92 / **(0.04 a 0.47)**.
- Los porcentajes de varianza explicada que se obtienen son: a) en escalas unifactoriales, entre el 39% y el 68%, b) en escalas con dos, tres o cuatro factores, entre el 43% y el 68,7% y c) en la única escala con 6 factores el porcentaje es del 45,9% / **(46,8%)**.

Por otra parte, los resultados de nuestra escala son similares a los que obtienen otros cuestionarios con estructuras o contenidos especialmente afines. Por ejemplo, la Escala de Bienestar General (*General Well-Being Schedule*) de Dupuy (1979), el Inventario de Salud Mental (*Mental Health Inventory*) de Ware (1961) o la Escala de Equilibrio Afectivo (*The Affect Balance Scale*) de Bradburn (1965). Asimismo, los

resultados de los factores específicos están en la línea de los obtenidos por cuestionarios que miden dimensiones similares. Por ejemplo, el Índice de Satisfacción de Vida (*The Life Satisfaction Index*) de Neugarten, Havighrust y Tobin (1961), la Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction with Life Scale*) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) o el Cuestionario de Autocontrol (*Self Control Schedule*) de Rosenbaum (1980) (ver tabla 7.2).

En definitiva, los resultados de la investigación son alentadores y tienden a apuntar que el cuestionario mide salud mental positiva. Hemos partido de un modelo reconocido por la mayoría de autores, los expertos consideran que el contenido de los ítems es idóneo, los factores obtenidos coinciden con los conceptos que aparecen en las publicaciones que abordan la vertiente positiva de la salud y la validez de criterio va en la dirección hipotetizada. Sin embargo, serán necesarias nuevas investigaciones para asentar la generalizabilidad de los resultados y confirmar que realmente mide salud mental positiva.

En este sentido, es necesario verificar los resultados del cuestionario: análisis factorial, fiabilidad y validez en muestras más amplias y heterogéneas. Asimismo, hay que hacer investigaciones que permitan elaborar baremos para distintas poblaciones (sanas y clínicas) y estudios longitudinales, a largo plazo, para comprobar si los sujetos que obtienen puntuaciones altas en salud mental positiva tienen menos problemas físicos y/o mentales que las personas que obtienen puntuaciones bajas en la escala.

Después de comentar los resultados de la investigación quizá sea el momento de plantear algunas reflexiones de carácter conceptual: ¿existe la salud mental positiva? ¿quién tiene salud mental positiva?. Parece evidente que la salud mental positiva es algo más que ausencia de trastorno pero este planteamiento nos define más lo que no es que lo que es y, por tanto, nos genera nuevas preguntas: ¿las personas “sanas” tienen salud mental positiva?. La pregunta es obvia pero la respuesta compleja. En un día típico de nuestra vida interaccionamos con muchas personas, la gran mayoría “sanas”; normalmente la dinámica de las actitudes, conversaciones y comportamientos nos parecen normales y adaptativos. Sin embargo, cuando adoptamos el rol de observadores asépticos y críticos detectamos que la normalidad cotidiana está

impregnada de salud mental pero, desafortunadamente, sólo vislumbramos algunos destellos fugaces de salud mental positiva. Un gran porcentaje de personas está malhumorado/a, agobiado/a por problemas triviales, estresado/a, “depre”, etc.; en definitiva, centrado/a en lo negativo y poco receptivo/a a los aspectos positivos de su vida o incluso de la vida.

Esto nos conduce a plantearnos nuevos interrogantes: ¿los profesionales de la salud mental tenemos salud mental positiva?, ¿fomentamos la salud mental positiva?. Los médicos, enfermeras/os, psicólogos/as, asistentes sociales, etc. somos personas y como tales, la mayoría formamos parte del gran porcentaje de “estresados”; tenemos las agendas más llenas de actividades que de horas para realizarlas. Por tanto, como a todos los seres humanos, nos hacen falta unas cuantas dosis de salud mental positiva. Por otra parte, es evidente que los profesionales de la salud mental tenemos la predisposición de ayudar a nuestros pacientes, pero; nuestra formación está encaminada a trabajar con la enfermedad y, a veces, la preocupación por el tratamiento y la curación nos impide incidir en el entrenamiento. Habitualmente, aplicamos las técnicas para “curar” un trastorno pero, en ocasiones, descuidamos, a pesar de las recomendaciones de los manuales, la generalización. Es decir, nos centramos en el problema concreto y nos olvidamos de que el paciente *aprehenda* las técnicas y los recursos necesarios para optimizar su funcionamiento en las diferentes facetas de la vida. En este sentido, es necesario aplicar la reestructuración cognitiva para “neutralizar” los pensamientos no adaptativos de un paciente, por ejemplo, deprimido. Sin embargo, pensamos que el programa de intervención debería ir más allá; entrenar la técnica para que pasara a formar parte del bagaje de la persona y, por tanto, para que pudiera utilizarla como una estrategia más para desenvolverse en su vida cotidiana.

Continuando esta serie de reflexiones, nos preguntamos ¿las personas con problemas físicos tienen salud mental positiva?. La salud mental positiva es un bien escaso en condiciones normales y, por tanto, *a priori* más difícil de encontrar en personas que padecen una enfermedad. En esta línea, Jahoda (1958) sugiere que tener una buena salud física es una condición necesaria para tener una buena salud mental. Sin embargo, nosotros creemos que puede existir un buen nivel de equilibrio psicológico a pesar de tener disfunciones físicas. De hecho, hay personas con serios problemas

físicos que gozan de una buena salud mental y nos atreveríamos a afirmar que, en algunos casos, de una buena salud mental positiva.

Finalmente, cabe plantearse si las personas con trastornos mentales pueden tener salud mental positiva. Pensamos que en este caso es necesario realizar algunas matizaciones. Las personas con problemas puntuales o leves tienen potencialmente la posibilidad de tener salud mental positiva, al menos, en algunos momentos y/o en algunas áreas de su vida. Sin embargo, cuando se sufre un trastorno grave es difícil hablar de salud mental y mucho más de salud mental positiva.

Las publicaciones de las organizaciones mundiales que diseñan las líneas maestras de las intervenciones en el campo de la salud están impregnadas de filosofía positiva (Organización Mundial de la Salud, 1961, 1978, 1979, 1981, 1985, 1990, 1994, 1995, 1997, 1998; Organización Panamericana de la Salud, 1998; Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, citada en Hagard, 1998). En este sentido, en el Décimo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, publicado en 1961, ya se indica que el objetivo de la higiene mental es el de fomentar la salud mental positiva. Sin embargo, los grandes déficits que todavía existen en materia de salud general han obligado a establecer prioridades: actualmente, en los países en vías de desarrollo, los porcentajes de personas que no tienen agua potable para beber están entre el 35% y el 50% y el acceso a servicios sanitarios oscila entre el 18% en las zonas rurales y el 63% en las áreas urbanas (WHO, 1998). Como indica Deschamps (1998):

“La salud significa cosas distintas para los ricos que para los pobres. Los pobres siguen viendo la salud como ausencia de enfermedad. Antes de que sientan la necesidad por la salud en sí, hay que satisfacer sus necesidades básicas: comida, vivienda, un entorno decente, trabajo, ingresos, libertad, seguridad, respeto de los derechos y valores” (Deschamps, 1998, pág. 123).

Es innegable que se han realizado esfuerzos y se han conseguido algunos objetivos importantes. En estos momentos, al menos en 120 países, con un total de 5 billones de personas, las expectativas de vida al nacer son de más de 60 años; esto supone un

avance significativo si lo comparamos con los 48 años de media que había en 1955 (WHO, 1998). No obstante, la salud mental y, especialmente la salud mental positiva, están muy lejos de ser una realidad tangible y, por el momento, no pasan de ser un objetivo teórico reflejado en los informes. Por ejemplo, la OMS en el capítulo 8 “Agenda de salud para el siglo XXI” indica que:

“El foco primario del desarrollo de la salud es la salud positiva, un incremento del potencial de salud de las personas y una mejora de la calidad de vida en el contexto del desarrollo humano. La salud no tiene que ser un fin en si mismo sino un recurso para la vida cotidiana que estimule a los individuos a realizar sus deseos, cubrir sus necesidades y desenvolverse en su entorno. Las políticas y las estrategias para desarrollar la salud han de proporcionar un sentido positivo de salud que estimule a las personas a optimizar sus capacidades físicas, mentales y sociales. La salud positiva implica añadir vida a los años, por ejemplo, incrementando los años de vida con salud, reduciendo o minimizando los efectos adversos de la enfermedad o el trastorno o mejorando la calidad de vida a través de instaurar estilos de vida sanos (WHO, 1998, pág. 206).

Como es evidente, estas buenas intenciones han aportado pocos cambios prácticos. Por ejemplo, en Europa (con respecto a los objetivos de salud para todos en el año 2000) se han hecho progresos lentos y graduales en la calidad de los cuidados y en el despliegue de la atención primaria. Las expectativas de vida han aumentado pero sólo se han conseguido cambios modestos en los comportamientos y en el estilo de vida incluso en ámbitos tan relevantes como las medidas de protección contra el SIDA o la reducción del consumo de tabaco y alcohol (WHO, 1998).

Las políticas de las organizaciones internacionales que velan por la salud de la población han generado, como hemos visto, un notable incremento de las expectativas de vida. Por tanto, la proporción de personas de la tercera edad aumenta progresivamente y las previsiones apuntan hacia la continuidad de esta tendencia. Un estudio realizado en Dinamarca y Cataluña, por miembros del sub-comité de salud mental del Euro-REVES (1995, citado en Jagger, Ritchie, Bronnum-Hansen, Deeg,

Gispert, Grimley, Hibett, Lawlor, the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Group, Peremboom, Polge y Van Oyen, 1998) indica que la prevalencia de los problemas de salud mental aumenta con la edad. Asimismo, las condiciones socio-económicas, las políticas conflictivas, las migraciones, la desestructuración familiar, etc. refuerzan la hipótesis de que los trastornos mentales tenderán a incrementar. En este sentido la OMS, en su último informe sobre salud mundial (WHO, 1998) señala que muchos cientos de millones de personas sufrirán algún tipo de trastorno psicológico. Estos datos enfatizan la necesidad de trabajar en la prevención y la promoción de la salud mental, desde el ámbito individual y comunitario, creando entornos favorables y entrenando habilidades personales.

Afortunadamente, algunas de las tendencias que se vislumbran para el futuro pueden ser un campo de cultivo alentador para que crezca la semilla de la salud mental positiva. Como indican la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1998) y Parish (1998), la revolución tecnológica de la información puede facilitar que los conocimientos sean accesibles a un gran número de personas y comunidades. En las sociedades occidentales se utilizan, en ocasiones, los medios de comunicación para realizar campañas de prevención. Sin embargo, como indican Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997), los resultados no han sido tan positivos como sería de desear; la causa probablemente es que el conocimiento por sí sólo no siempre cambia la conducta. Sin embargo, los *mass media* han sido infrautilizados: las campañas de prevención se han limitado a transmitir información sobre problemas muy específicos como el SIDA, el consumo de drogas o los accidentes de tráfico. Es evidente, que la tecnología de la información tiene capacidad suficiente para seducir a una gran parte de la población ¡hasta crea adicciones! Pensamos, que podría emplear estas potencialidades para ampliar su “ámbito de intervención” a otros problemas y para entrenar a la población en técnicas de autocontrol, resolución de problemas o habilidades sociales. En definitiva, para potenciar recursos y promover la salud mental.

Asimismo, en los distintos foros y conferencias internacionales, que auspician los organismos responsables de la salud, (Conferencia de Alma-Ata, 1978; Conferencia de Ottawa, 1986; Conferencia de Yakarta, 1997) se hace hincapié en los principios del autocuidado y de la autorresponsabilidad de la propia salud; es decir, en la autoayuda.

Sin embargo, en muchas ocasiones el concepto está mal utilizado. Como indican Avia y Vázquez (1998):

“... infinidad de libros de autoayuda llenan los estantes de la librerías populares. Estos libros están repletos, las más de las veces, de ideas simplonas que dicen a la gente lo que ya sabe y quiere oír, mientras que otras son enteramente erróneas y en el mejor de los casos, aunque agudas e intuitivas, están alejadas de los conocimientos fundados en que se basa la psicología científica” (Avia y Vázquez, 1998, pág. 13).

De todas formas no hay que olvidar que algunos de estos libros son *best-sellers* y, por tanto, esto confirma que la autoayuda puede ser un buen recurso si se le dota de la suficiente validez científica. De hecho, como indicamos anteriormente, existen algunos manuales de autoaplicación que contienen técnicas eficaces en el campo clínico. Pensamos que hay que profundizar en esta línea de trabajo y estamos convencidos de que sería una buena idea incorporarla a los medios de comunicación. Tener al profesional de la salud “en casa” permitiría amplificar la divulgación de los recursos de autocuidado y, posiblemente, potenciar la salud mental de la población.

Antes de terminar la discusión, nos planteamos la pregunta: ¿dónde está y hacia dónde va la psicología?. Como hemos indicado, la psicología está centrada fundamentalmente en estudiar y trabajar con un mínimo porcentaje de la población: las personas con trastornos mentales (entre el 10 y el 20% según Bowling, 1994). En general, los manuales proponen intervenciones largas; la duración tipo oscila entre 20 y 50 sesiones. Esto resulta sorprendente si tenemos en cuenta que el número medio de sesiones a las que los pacientes asisten es de aproximadamente cinco y que no existen evidencias de que las terapias largas sean más eficaces que las cortas (García-Grau, Bados y Saldaña, 1998). Parece que los datos sugieren que debemos cambiar la orientación de los tratamientos, profundizar en la investigación de las terapias breves y, cuando sea posible, aplicarlas. Por otra parte, la psicología hasta el momento, ha dedicado poco esfuerzo al 80-90% de la población, es decir, a las personas “sanas”. Pensamos que una de las intervenciones que tiene más perspectivas de futuro en esta línea es la consultoría, es decir; asesoramientos breves

que faciliten la resolución de los conflictos y las dificultades cotidianas. Asimismo, como hemos venido repitiendo a lo largo de este trabajo, hay que dedicar más esfuerzos y más presupuestos a la prevención y a la promoción de la salud mental.

En definitiva, si queremos que la psicología se inbrinque en el entramado social, que incremente la demanda de psicólogos y que la profesión adquiera un nivel preferencial en la sociedad del 2000 debemos: adaptar las intervenciones clínicas a las necesidades de los usuarios y trabajar mucho más en la vertiente positiva de la salud. Es decir, trabajar para que el producto que ofrecemos llegue a un sector cada vez más amplio de la población. En la medida que hagamos promoción y potenciemos los recursos del ser humano las tasas de prevalencia de los trastornos disminuirán y una parte importante de los presupuestos dedicados a la enfermedad podrán reinvertirse en la salud. Por tanto, es necesario que los organismos oficiales y las universidades potencien el desarrollo de líneas de investigación dirigidas a: elaborar modelos de salud mental positiva, identificar los factores que promueven la salud y diseñar programas de entrenamiento para diferentes grupos sociales (adolescentes, personal sanitario, personas de la tercera edad, etc.).

Finalmente, esperamos que el próximo milenio nos aporte salud mental positiva y se hagan realidad las palabras que Seligman escribe en el prefacio del libro de Avia y Vázquez (1998):

“Mi previsión es que la ciencia social mirará finalmente más allá del remedio y se transformará en una fuerza positiva para comprender y promover las cualidades más elevadas de la vida cívica y personal”
(Avia y Vázquez, 1998, pág. 11).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aaronson, N.K., Bullinger, M. y Ahmedzai, S.A. (1988). A modular approach to quality of life assessment in Center Clinical trials. *Recent results cancer research*, 111, 231-249.

Abella, D. (1963). *Què cal saber d'higiene mental*. Barcelona: Barcino.

Abella, D. (1981a). Psiquiatria i medicina. En D. Abella (Dir.), *Psiquiatria Fonamental* (pp. 21-31). Barcelona: Edicions 62.

Abella, D. (1981b). Corrents conceptuals i metodològics en psiquiatria. En D. Abella (Dir.), *Psiquiatria Fonamental* (pp. 33-50). Barcelona: Edicions 62.

Ackerman, N.W. y Jahoda, M. (1954). *Psicoanàlisis del antisemitismo*. Buenos Aires: Paidós.

Affleck, G., Tenner, H., Pfeiffer, C. y Fifield, C. (1987) Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of personality and social psychology*, 53, 273-279.

Ajuntament de Granollers (1992). *Manual de tècniques d'atenció al ciutadà*. Granollers: Ajuntament de Granollers, Servei de Personal.

Alarcon, R.D. (1995). Clasificación de la conducta anormal. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 205-256). Madrid: Siglo XXI.

Albaigès, L. y Ramos, J. (1992). Atención primaria y salud mental: factores de la relación. En D. Aparicio (Dir.), *Salud Mental. Monografías clínicas en atención primaria* (nº11, pp. 13-22). Barcelona: Doyma

Allen, J.J. y Columbus, M. (Eds.), (1995). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (NIAAA Treatment Handbook Series 4, NIH Publication N° 95-3745). Washington, DC: US. Government Printing Office.

Allen, J.J. y Tune, G.S. (1975). The Lynfiels Obsessional Compulsive Questionnaire. *Scittish medical journal*, 20, 21-24.

Alonso, J., Antó, J.M. y Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American journal of public health*, 80, 704-708.

Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, 104, 771-776.

- Alvarez, A. (1998). La atención primaria de salud, protagonista. *Jano*, 55 (1267), 20-21.
- Alvarez, E. (1997). Los trastornos afectivos en el ámbito de la asistencia primaria. *Centro de salud*, 5 (1), 36-50
- Alvarez, R. (1998). *Salud pública y medicina preventiva*. México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edic.). Washington: American Psychiatric Association.
- Amerigo, M. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de psicología social*, 8 (1), 101-110.
- Amerigo, M. (1995). *Satisfacción residencial. Un análisis psicológico de la vivienda y su entorno*. Madrid: Alianza.
- Amunátegui, L.F. (1997). Prevención del consumo de drogas en adolescentes. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 177-190). Madrid: Piramide.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative vs. Positive schizophrenia: definition and validation. *Archives of general psychiatry*, 39, 789-794.
- Andrews, F.M. y Crandall, R. (1976). The validity of measures of self-reported well-being. *Social indicators research*, 3, 1-19.
- Angoyard, P. y Renaud, L. (1998). El concepto de apoderamiento y su aplicación en algunos programas de promoción de la salud. *Promotion and Health*, 5 (2), 46-47.
- Aparicio, D. y Barenblit, V. (1992). Introducción. En D. Aparicio (Dir.), *Salud Mental. Monografías clínicas en atención primaria* (nº11, pp. XIII-XVIII). Barcelona: Doyma
- Arrindell, W.A., Meeuwesen, L. y Huyse, F.J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality Individual Differences*, 12 (2), 117-123.
- Arroyo, H. (1998). Nuevos horizontes para la salud. *Promotion and health*, 5(3-4), 115-116.
- Artal, J., Herrán, A., Vázquez-Barquero, J.L. (1996). La enfermedad mental en atención primaria: estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Archivos de neurobiología*, 59, (4), 237-256.
- Artal, J., Vázquez-Barquero, J.L., Rodríguez-Pulido, F., Gaité, L., García, E., Ramírez, N. y Ruggeri, M. (1997). Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS-54). *Archivos de neurobiología*, 60 (2), 185-200.
- Assessment Systems Corporation (1994). *ITEMAN. Item and test analysis program*. St. Paul, MN: Assessment Systems Corporation.
- Avia, MªD. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial

- Avila, A. (1986). *Lista de adjetivos para la depresion de Bernard Lubin (DACL). Monografía técnica*. Madrid: Facultad de Psicología, UCM.
- Babor, T.F., De la Fuente, J.R., Saunders, J. y Grant, G. (1989). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. Ginebra: World Health Organization, Division of Mental Health.
- Baca, E. (1992). Epidemiología psiquiátrica. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 73-84). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Baca, E. (1995a). Calidad de vida y aspectos económicos de la psiquiatría: el análisis coste-utilidad. *Archivos de neurobiología*, 58 (2), 189-217.
- Baca, E. (1995b). El concepto de salud mental: notas para un análisis del estado de la cuestión. *Archivos de neurobiología*, 58 (4), 341-349.
- Baca, E. (1998). Repercusiones de la enfermedad mental sobre la calidad de vida. En J.L. Vázquez-Barquero (edit.), *Psiquiatría en atención primaria* (pp. 849-866). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Baca, E. y Cabanas, M.L. (1997). Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. *Archivos de neurobiología*, 60 (4), 283-296.
- Badia, X., Salamero, M., Alonso, J. y Ollé, A. (1996). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones y publicaciones Universitarias.
- Bados, A. (1991). *Hablar en público. Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (1998). Trastorno de ansiedad generalizada. En M.A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I, pp. 219-269). Madrid: Dykinson.
- Baessler, J. y Schwarzer, R.M. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2 (1), 1-8.
- Bagley, C. (1989). Development of a short self-esteem measure for use with adults in community mental health surveys. *Psychological reports*, 65, 13-14.
- Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5, 69-79.
- Barcia, D. (1997). Sobre las formas de enfermar en psiquiatría. En M. Gutierrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), *Cronicidad en psiquiatría* (pp. 57-74). Barcelona: Rubes, Monografías de Neurociencias, N°8.
- Barrera, M. (1980). A method for assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Bas, F. y Andrés, V. (1996). Evaluación de procesos y constructos psicológicos de la depresión. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 227-267). Madrid: Siglo XXI.

- Baumann, U. (1994). Clasificación. En U. Baumann y M. Perrez (Dir.), *Manual de psicología clínica* (pp. 78-87). Barcelona: Herder. (Original de 1991).
- Bech, P., Staehr-Johansen, K. y Gudex, C. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy psychosomatic*, 65, 183-190.
- Beck, A.T. y Beck, R.W. (1972). Screening depressed patient in family practice. A rapid technique. *Postgraduate medicine*, 52, 81-85.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 461-571.
- Beckman, E.E. y Adams, R.L. (1984). Coping behavior in depression: report on a new scale. *Behavior research and therapy*, 22, 71-75.
- Bedford, A., Foulds, G.A. y Scheffield, B.F. (1976). A new personal disturbance scale (DSSI/SAD). *British journal of social and clinical psychology*, 15, 387-394.
- Bergner, M. Bobbitt, R.A., Carter, W.B. y Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical care*, 19, 787-805.
- Bergner, M. Bobbitt, R.A., Kressel, S., Pollard, D.E, Gilson, B.S. y Morris, J.R. (1976). The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International journal of health services*, 6, 393-415.
- Bermúdez, M.P. (1997). La autoestima como estrategia de prevención. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 137-148). Madrid: Piramide.
- Bernardo, M. (1998). Epidemiología psiquiátrica. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 61-68). Barcelona: Masson.
- Billing, A. y Moos, R. (1982). Stressful life events and symptoms: a longitudinal model. *Health psychology*, 1, 99-117.
- Bigelow, D.A., McFarland, B.H. y Olson, M.M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community mental health journal*, 27 (1), 43-55.
- Black, R.G. y Chapman, C.R. (1976). SAD Index for clinical assessment of pain. En, J.J. Bonica y D. Albe-Fessard (Eds.), *Advances in pain research and therapy* (Vol. I, pp. 301-305). Nueva York: Raven press.
- Block, M. y Zautra, A. (1981). Satisfaction and distress in a community: a test of the effects of life events. *American journal of community psychology*, 9 (2), 165-180.

- Bobes, J., Gutiérrez, M., Gibert, J., González, M.P., Herraiz, L. y Fernández, A. (1998). Calidad de vida en la esquizofrenia: seguimiento a largo plazo de 362 pacientes esquizofrénicos crónicos ambulatorios españoles que recibían tratamiento de mantenimiento de risperidona. *European psychiatry edición española*, 5, 456-462.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson. (Original de 1991).
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradburn, N.M. y Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness: a pilot study of behavior related to mental health*. Chicago: Aldine.
- Bradley, C. (1994). *Handbook of psychology and diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. Londres: Harwood.
- Brantley, P.J., Cocke, T.B., Jones, G.N. y Goreczny, A.J. (1988). The Daily Stress Inventory: validity and effect of repeated administration. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 10, 75-81.
- Bravo, M. y Serrano-García, I (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 117-135). Madrid: Piramide.
- Brewin, C.R., Wing, J.K., Mangen, S.P., Brugha, T.S. y McCarthy, B. (1987). Principles and practice of measurement needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological medicine*, 17, 971-981.
- Brodman, K., Erdmann, A.J. y Wolff, H.G. (1949). *Cornell Medical Index Health Questionnaire*. Nueva York: Cornell University Medical College.
- Bryant, B.K. (1992). Salud mental, temperamento, familia y amigos: perspectivas sobre la empatía de los niños y la adopción de perspectiva social. En N. Eisenberg y J. Strayer (Dir.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 271-298). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1987).
- Bryant, F.B. y Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being: a sociohistorical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 43 (4), 653-673.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1994). Escalas para evaluar la activación-somnolencia. *Vigilia-sueño*, 6, 13-19.
- Bulbena, A. (1992). Epidemiología psiquiátrica descriptiva: contribuciones a la asistencia primaria. En D. Aparicio (Dir.), *Salud Mental. Monografías clínicas en atención primaria* (nº11, pp. 3-12). Barcelona: Doyma
- Caballo, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

- Caballo, V.E. (1996). Evaluación de las habilidades sociales. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 377-421). Madrid: Siglo XXI.
- Cabrero, J.L. (1998). Prevención y asistencia psiquiátrica. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 857-866). Barcelona: Masson.
- Cáceres, J. (1998). Terapia de pareja. En M.A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I, pp. 529-562). Madrid: Dykinson.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American psychologist*, 2, 117-124.
- Cannon-Spoor, H.E., Potkins, S.G. y Wyatt, R.J. (1982). Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 8, 470-482.
- Caplan, G. (1982). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós (Original de...)
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós. (Original de 1989).
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C, y Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community mental health journal*, 34 (5), 459-475.
- Carroll, B.J., Feinberg, M., Smuouse, P.E., Rawson, S.G. y Greden, J.F. (1981). The Carroll Rating Scale for Depression I. Development, reliability and validation. *British journal of psychiatry*, 138, 194-200.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of a positive and negative affect: a control-process view. *Psychological review*, 97, 19-35
- Casas, F. (1998). Calidad de vida y medio ambiente. *Revista de treball social*, 149, 6-20.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Catanzaro, S.J. y Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: initial scale developments and implications. *Journal of personality assessment*, 54, 546-563.
- Cervilla, J.A., Prince, M. y Mann, A. (1997). Epidemiología de los trastornos mentales comunes en el anciano: el proyecto Gospel-Oak 1985-1997. *Archivos de neurobiología*, 60 (3), 229-242.
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en cuidados de Enfermería. Una perspectiva holística y humanista*. Barcelona: SG Editores.
- Chambers, L.W. (1982). *The McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ): methodologic documentation and report of second generation of investigators*. Hamilton, Ontario: McMaster University, Departament of Clinical Epidemiology and Biostatistics.

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobic: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 1090-1097.

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracel, E.J. y Williams, C. (1985). The Movility Inventory for agoraphobia. *Behavior research and therapy*, 23, 35-44.

Chorot, P., Pérez-Llantada, C. y Sandín, B. (1995). Métodos de investigación en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol.1, pp. 96-161). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.

Ciurana, R. (1998). El programa de prevención en salud mental en la atención primaria de la SEMFyC. En J.L. Vázquez-Barquero (edit.), *Psiquiatría en atención primaria* (pp. 801-817). Madrid: Grupo Aula Médica.

Clare, A.W. y Cairns, V.E. (1978). Designs, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological medicine*, 8, 589-604.

Cohen, G.D. y Gladstone, W. (1997). *Cómo conocer y mejorar su salud mental*. Madrid: EDAF, Psicología y Autoayuda. (Original de 1995).

Cohen, R.Y., Brownell, K.D. y Felix, R.J. (1990). Age and sex differences in health habits and beliefs of school children. *Health psychology*, 9, 208-224.

Compton, W.C., Smith, M.L., Cornish, K.A. y Qualls, D.L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of personality and social psychology*, 71 (2), 406-413.

Conde, V., Escriba, J.A. e Izquierdo, J.A. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de neurobiología*, 33 (2), 185-206.

Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios farmoquímicos UPJOHN.

Conde, V. y Useros, E. (1975). El inventario para la medida de la depresión. *Revista de psiquiatría y psicología médica*, 12 (3), 153-167.

Conde, V. y Useros, E. (1975). Adapación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de psiquiatría y psicología médica*, 12 (4), 217-236.

Cooper, J.E. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological medicine*, 1, 48-64.

Cooper, L., Peters, L. y Andrews, G. (1998). Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 361-368.

Coopersmith, S. (1972). *Manual for the Adult Self-Esteem Scale*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Costa, J.M. (1994). *Manual de psiquiatría*. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Costa, M. y Lopéz, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martinez Roca.

Costa, M. y Lopéz, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Cramer, D., Henderson, S. y Scott, R. (1996). Mental health and adequacy of social support: A four-wave panel study. *British journal of social psychology*, 35, 285-295.

Crepet, P. (1993). Estudio de los efectos del desempleo en la salud mental. En J.L. Gonzalez de Rivera, F. Rodriguez y A. Sierra (Dirs.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 319-343). Barcelona: Masson.

Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Dykinson.

Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5ª edic.). Nueva York: Harper Row. (Original de 1951).

Curran, J.P., Corriveau, D.P., Monti, P.M. y Hagerman, S.B. (1980). Social skill and social anxiety. Self-report measurement in a psychiatric population. *Behavior modification*, 4 (4), 493-512.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JASAS, Catalog of selected documents in psychology*, 10, 85.

Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44 (1), 113-126.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1982).

Dazord, A., Astolfi, F., Guisti, P., Rebetez, M.Ch., Mino, A. Terra, J.L. y Brochier, C. (1998). Quality of life assessment in psychiatry: the subjective quality of life profile (SQLP). First results of a new instrument. *Community mental health journal*, 34 (5), 525-535.

De Jong, A., Giel, R. y Ten Horn, G.H. (1988). *The WHO-International Classification of Mental Health Care*. Geneve: World Health Organization.

De Vries, J. y Van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation study with the Dutch Version. *European journal of psychological assessment*, 13 (3), 164-178.

Del Rey, J. (1980). Epidemiología y salud mental. En J.L. Gonzalez de Rivera, A. Vela y J. Arana (Coords.), *Manual de psiquiatría* (pp. 237-261). Madrid: Karpos.

Del Rey, J. (1998). *Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace.

Derogatis, L.R. (1977). *Psychological Adjustment to Illness Scale*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration scoring and procedures manual*. Towson: Clinical Psychometric Reserach.

Derogatis, L.R. (1993). *Brief Sympton Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapoli, MN: National Computer System.

Derogatis, L.R., Lipman, R. y Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacological bulletin*, 9, 873-844.

Deschamps, J.P. (1998). Pobreza, equidad y promoción de la salud. *Promotion and education*, 5 (3-4), 123-124.

Díaz-García, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo-Pareja, M.A. (1995). Técnicas de autocontrol. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Dir.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 577-593). Madrid: Pirámide.

Dickerson, F.B., Ringel, N.B. y Parente, F. (1998). Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta psychiatrica scandinava*, 98, 124-127.

Diener, E.D. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social indicators research*, 31, pp. 103-157.

Diener, E.D., Emmons, R.A. , Larsen, R.J. y Griffin, G. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49 (1), pp. 71-75.

Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. y Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: the PERI life events scale. *Journal of health and social behavior*, 19, pp. 205-229.

Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larkin, C. y O'Callaghan, E. (1999). Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta psychiatrica scandinava*, 99, 466-472.

Dueñas, M., De las Heras, J., Polaino-Lorente, A. y Rojas, E. (1996). *El libro de los tests de autoconocimiento, personalidad y trastornos psicológicos*. Madrid: Temas de hoy, Colección Bolsitemas.

Dupuy, H.J. (1978, octubre). *Self-representations of general psychological well-being of American adults*. Comunicación presentada en el American Public Health Meeting. Los Angeles, California.

Dupuy, H.J. (1984). The Psychological Well-Being (PGWB) Index. En N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg y J. Elison (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (pp. 184-188). Nueva York: Le Jacq publishing.

- D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1986).
- Echeburúa, E. (1996a). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 131-160). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. (1996b). Evaluación psicológica del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 423-455). Madrid: Siglo XXI.
- Echuburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo Inventario de Agorafobia (IA). *Análisis y modificación de conducta*, 18, 101-123.
- Eisenberg, N. y Strayer, J. (1992). Cuestiones fundamentales en el estudio de la empatía. En N. Eisenberg y J. Strayer (Dirs.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 13-23). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1987).
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Life Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacological bulletin*, 28, 321-326.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale, a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general psychiatry*, 33, 766-771.
- Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58, 844-854.
- Erikson, E.H. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Evenson, R.C. y Vieweg, B.W. (1998). Using a quality of life measure to investigate outcome in outpatient treatment of severely impaired psychiatric clients. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (2), 57-62.
- Fábregas, J. y García-Grau, E. (1995). *Técnicas de autocontrol*. Madrid: Alhambra Longman.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence on the tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*, 3, 235-241.
- Farr, R.M. (1975). Social psychology and psychoanalysis: A rejoinder to professor Jahoda. *Bulletin of british psychological sociology*, 28, 143-148.
- Federació de Municipis de Catalunya (1995). *La salut pública local*. Quaderns municipals, 14. Barcelona: Federació de Municipis de Catalunya, Servei d'Informació i Publicacions.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. y Hinrichsen, G.A. (1984). Coping and adjustment in chronically ill adults. *Social science and medicine*, 18, 889-898.

- Ferguson, Matthews y Cox (1999). Appraisal of Life Events. *British journal of health psychology*, 4, 97-116.
- Fernández, H. y Nicemboin, E. (1998). Prevention of mental disorders: steps toward community interventions. *Journal of community psychology*, 26 (3), 205-217.
- Fernández, I. (1998). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos*. Madrid: Narcea.
- Fernández-Abascal, E.G. (1995a). Psicología de la motivación y la emoción. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 21-55). Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.
- Fernández-Abascal, E.G. (1995b). Estrés. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 485-522). Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6 (1), 21-35.
- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 27-38). Madrid: Piramide.
- Fernández-Ríos, L. y Comes, J.M. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 39-57). Madrid: Piramide.
- Fernández-Ríos, L., Comes, J.M. y Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 59-77). Madrid: Piramide.
- Ferrer, M., Antó, J.M. y Alonso, J. (1995). The Spanish version of the St. George's Respiratory Questionnaire: adaptation and preliminary validity. *European respiratory journal*, 8 (19), 54.
- Fillenbaum, G.G. (1978). *Validity and reliability of the Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*. The OARS methodology. Duke University, Center for the study of aging and human development.
- Fillenbaum, G.G. y Smyer, M.A. (1981). The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire: disability and pain scales. *Journal of gerontology*, 36, 428-433.
- Fitts, W.H. (1965) *Tennessee Self Concept Scale. Manuale*. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings and Tests.
- Flórez, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología conductual*, 5 (3), 313-344.

- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatry research*, 12 (3), 189-198.
- Font, A. y Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. En M. Forns y M.T. Anguera (Comps.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Font, J. (1983). Salud y enfermedad mental. En J.L. Tizon y M.T. Rosell (Coords.), *Salud Mental y Trabajo Social* (pp. 92-109). Barcelona: Laia.
- Forbes, A. y Roger, D. (1999). Interpersonal Trust Questionnaire. *British journal of health psychology*, 4, 165-179.
- Forer, S.K. (1981). *Revised functional status rating instrument*. Glendale, California: Rehabilitation Institute, Glendale Adventist Medical Center.
- Fortuny, M. y Cruz, M. (1998). *Educació per a la salut*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona (Textos docents: 137. Text-guia).
- Freeman, Ch. y Jahoda, M. (1978). *World futures. The great debate*. Londres: Martin Robertson.
- Fries, J.F., Spitz, P.W., Kraines, R.G. y Holman, R.H. (1980). Measurement of patient outcomes in arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 23, 137-145.
- Gaite, L., Ramírez, N., Artal, J., Rodríguez-Pulido, F., Arriaga, A. y Vázquez-Barquero, J.L. (1998). Estudio de la satisfacción con los servicios de salud mental en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Archivos de neurobiología*, 61 (2), 153-168.
- Galvez, R. (1993). El método epidemiológico aplicado a los problemas de salud mental. En J.L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Dirs.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 3-9). Barcelona: Masson.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior therapy*, 6, 550-561.
- Garanto, J. (1984). *Las actitudes hacia sí mismo y su medición*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid: Diaz de Santos.
- García García, I (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista española de salud pública*, 72 (4), 285-287.

García-Grau, E. (1996). *Intervención cognitivo conductual en la obesidad clínica*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona (Col.lecció de Tesis Doctorals microfitejades nº 2954).

García-Grau, E., Bados, A. y Saldaña, C. (1998). La eficacia de la intervención psicológica: una reflexión crítica. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 16, 23-48.

García- Huete, E. (1993). Programas de asesoramiento a profesionales de la salud en SIDA. En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivarres (dirs.), *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención* (pp. 235-250). Madrid: Pirámide.

García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de psicología*, 30 (3), 55-94.

García-Riaño, D. (1998). Inventario de Calidad de Vida:I.C.V.-2R. *Anales de psiquiatría*, 14 (8), 358-376.

García-Riaño , D., Bellver, N., Martínez, G., Paul, M.J. y Perez, M.I. (1997). La calidad de vida en el tiempo (1989-1994). *Boletín de psicología*, 55, 77-90.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979) The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9, 273-279.

Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12, 871-878.

Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2, 15-34.

Gavin, J.F. (1975). Employee perceptions of the work environment and mental health: A suggestive study. *Journal of vocational behavior*, 6, 217-234.

Gay, M.L., Hollandsworth, J.G y Galassi, J.P. (1975). An Assertive Inventory for Adults. *Journal of counseling psychology*, 22, 340-344.

Geddes, S.J. y Van der Horst, J.A.J. (1998). Economía de la promoción de la salud: mecanismos, responsabilidad, jsustificación. *Promotion and health*, 5 (2), 45-46.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1994). *Pla de Salut de Catalunya, 1993-1995: Salut Mental*. Barcelona: Servei Català de la Salut. Area Sanitària.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1997). *Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998*. Barcelona: Servei Català de la Salut. Area Sanitària.

Gerin, P., Dazord, A., Boissel, J.P. Chifflet, P. (1992). Quality of life assessment in therapeutic trials: Rationale for and presentation of a more appropriate instrument. *Fundamentals and clinical pharmacology*, 6, 263-276.

Gesten, E.L. (1976). A Health Resources Inventory: The development of a measure of the personal and social competence of primary-grade children. *Journal of counseling and clinical psychology*, 44 (5), 775-786.

Girodo, M. (1980). *Como vencer la timidez*. Barcelona:Grijalbo.

Gispert, R. y Gutiérrez-Fisac, J.L. (1997). Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro. En M. Porta, C. Alvarez-Dardet y E. Fernández (eds.), *Revisiones en salud pública* (vol. 5, pp. 7-32). Barcelona: Masson.

Gispert, R., Ritchie, K., Rajmil, L., Rue, M., Glutting, J.P. y Roset, M. (1998). Mental health expectancy: an indicator to bridge the gap between clinical and public health perspectives of population mental health. *Acta psychiatrica scandinavica*, 98, 182-186.

Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L. y Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a Self-Statement Questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 6, 37-55.

Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph. Londres: Oxford University Press.

Goldberg, D. y Huxley, P. (1990). *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid: Nieva. (Original de 1980).

Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson. (Original de 1988).

Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). Salud mental. En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública* (Tomo I, pp. 293-323). Buenos Aires: El Ateneo.

Goldman, H.H., Skodol, A.E. y Lave, T.R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American journal of psychiatry*, 149, 1148.

Goldsmith, R.E. (1986). Dimensionality of Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of social behavior and personality*, 1 (2), 253-264.

Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1980).

Gómez, J. (1997). *Construcció d'instruments de mesura*. Barcelona: Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.

González, M.P., Espasa, R., Artazcoz, L. y Moncada, S. (1999). Prevenció d'estrès en professors. *Full informatiu, Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, setembre, p.14.

González de Rivera, J.L., Morera, A. y Monterrey, A.L. (1983). La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 20-25.

González de Rivera, J.L., Rodríguez, F. y Sierra, A. (1993). Prefacio. En J.L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Dir.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. IX-XI). Barcelona: Masson.

González-Romá, V., Peiró, J.M., Luna, R., Baeza, J.A., Espejo, B. y Muñoz, P. (1991). Un estudio de la estructura factorial del Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación con dos modelos factoriales. *Psicológica*, 12, 119-129.

Gracia, D. y Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 17-31). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Gracia-Guillen, D. (1990). El enfermo mental y la psiquiatría española de la postguerra. *Informaciones psiquiátricas*, 120 (2), 161-171.

Grau-Fibla, G., Eiroa, P. y Cayuela, A. (1996). Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención primaria*, 17, 486-495.

Greenberger, D. y Padesky, C.A. (1998). *El control de tu estado de animo*. Barcelona: Paidós. (Original de 1995).

Gupta, S., Kulhara, P. y Verma, S.K. (1998). Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta psiquiatrica scandinavica*, 97, 290-296

Gurel, L. y Linn, M.W. (1972). Physical and Mental Impairment-of-Function Evaluation in the aged: the PAMIE scale. *Journal of gerontology*, 27, 83-90.

Gurland, B., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Sitler, P. y Birkett, P. (1977). The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE): rationale, development and reliability. *International journal of aging and human development*, 8, 9-42.

Gurland, B., Golden, R.R., Teresi, J.A. y Challop, J. (1984). The SHORT-CARE: an efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. *Journal of gerontology*, 39, 166-169.

Gurland, B.J., Yorkston, N.J., Stone, A.R., Frank, J.D. y Fleiss, J.L. (1972). The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM): I. Description, rationale, and development. *Archives of general psychiatry*, 27, 259-264.

Gurland, B.J., Yorkston, N.J., Goldberg, K., Fleiss, J.L., Sloane, R.B. y Cristol, A.H. (1972). The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM): II. Factor analysis, reliability, and validity. *Archives of general psychiatry*, 27, 264-267.

Gutierrez, R. (1990). *Persona y felicidad. Desarrollo de la dimensión interior*. Mexico: Esfinge.

Häfner, H. y Weyerer, S. (1994). Epidemiología. En U. Baumann y M. Perrez (Dir.), *Manual de psicología clínica* (pp. 61-77). Barcelona: Herder. (Original de 1991).

Hagard, S. (1998). Mensaje del presidente. La Organización Mundial de la Salud y la UIPES en la nueva era. *Promotion and Education*, 5 (1), 49.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 12, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*, 6, 278-296.
- Handlarz, M.C. (1989). *Psiquiatría y salud mental*. Buenos Aires: Akadia.
- Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Haynes, C.E. y Rick, J.E. (1999). Validation of the General Health Questionnaire-12 using a sample of employees from England's Health Care Services. *Psychological assessment*, 11 (2), 159-165.
- Harris, D.E. y Brown, T.R. (1978). Relationship of the Community Adaptation Schedule and the Personal Orientation Inventory: Two measures of positive mental health. *Community mental health journal*, 10 (1), 111-118.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W.T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic syndrome. *Schizophrenia bulletin*, 10, 388-398.
- Henderson, S.; Duncan-Jones, P., Byrne, D.G. y Scott, R. (1980). Measuring social relationship: the Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological medicine*, 10, 723-734.
- Henderson, M. y Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British journal of psychiatry*, 150, 18-24.
- Heppner, P.P. y Petersen, C.H. (1982). The development and implications of a Personal Problem-Solving Inventory. *Journal of counseling psychology*, 29, 66-75.
- Herman, C.P. y Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, 43, 647-660.
- Hernández, M. (1997). La salud mental en atención primaria. Realidades y controversias. *Archivos de neurobiología*, 60 (3), 201-206.
- Herran, A., Sierra-Biddle y Vázquez-barquero, J.L. (1999). La enfermedad psiquiátrica: concepto, clasificación y epidemiología. *Medicine*, 7 (106), 4931-4941.
- Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E. (1988). El concepto de "caso" en psiquiatría. *Salut Mental Comunitaria*, 1(4), 138-140.
- Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E., Domènech, J. y Marín, S. (1987). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat. *Informaciones psiquiátricas*, 107.

Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E. y Gispert, R. (1990). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). 2ª fase. *Informaciones psiquiátricas*, 120 (2), 111-130.

Heun, R., Burkart, M., Maier, W. y Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general populations. *Acta psychiatrica scandinavica*, 99, 171-178.

Hightower, E. (1990). Adolescent interpersonal and familial precursors of positive mental health at midlife. *Journal of youth and adolescence*, 19 (3), 257-275.

Hogan, T.P., Awad, A.G. y Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: realibility and discriminative validity. *Psychological medicine*, 13, 177-183.

Hogson, R.J. y Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behavior research and therapy*, 15, 389-395.

Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.

Horn, J.L., Wanberg, K.W. y Foster, F.M. (1983). *The Alcohol Use Inventory*. Baltimore: Psychiatric systems.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Backett, E.M., Williams, J. y Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of epidemiology and community health*, 34, 281-286.

Hurrelmann, K. (1997). Prevención en la adolescencia. En G. Buéla-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 105-116). Madrid: Piramide.

Huskisson, E.C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131.

Hyland, M.E., Finnis, S. e Irvine, S.H. (1991). A scale for assessing quality of life in adult asthma sufferers. *Journal of psychosomatic research*, 35, 99-110.

Jagger, C., Ritchie, K., Bronnum-Hansen, H., Deeg, D., Gispert, R., Grimley, J., Hibbett, M., Lawlor, B., the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Group, peremboom, R., Polge, C. y Van Oyen, H. (1998). Mental health expectancy - the European perspective: a synopsis of results presented at the Conference of the European Network for the Calculation of Health Expectancies (Euro-REVES). *Acta psychiatrica Scandinava*, 98, 85-91.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.

Jahoda, M. (1965). Investigación y teoría. En C. Selltitz, M. Jahoda, M. Deutsch y S.W. Cook (Eds.), *Metodos de investigación en las relaciones sociales* (pp. 530-551). Madrid: Rialp. (Original de 1959)

Jahoda, M. y Warren, N. (1966). *Attitudes. Selected readings*. London: Penguin books.

Jahoda, M. (1967). El prejuicio racial y la salud mental. En O. Klineberg y M. Jahoda (Dirs.), *Raza, psicología y salud mental*, (pp. 104-114). Buenos Aires: Humanitas.

Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment. Values, theories, and approaches in social research. *American psychologist*, 36 (2), 184-191.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment. A social-psychological analysis*. Cambridge: University Press.

Jahoda, M. (1984). Social institutions and human needs: a comment on Fryer and Payne. *Leisure studies*, 3, 297-299.

Jahoda, M. (1986). In defence of a non-reductionist social psychology. *Social behavior*, 1, 25-29.

Jahoda, M. (1988). Economic recession and mental health: some conceptual issues. *Journal of social issues*, 44 (4), 13-23.

Jarne, A. (1996). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Jarne (Coord.), *Psicopatología clínica* (Vol. I, pp. 61-87). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Jarne, A. y Requena, E. (1996). Conceptos fundamentales. En A. Jarne (Coord.), *Psicopatología clínica* (Vol. I, pp. 11-37). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Jenicek, M. y Clèroux, R. (1987). *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Jenkinson, A., Stewart-Brown, S., Petersen, S. y Paice, C. (1999). Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of epidemiological community health*, 54, 46-50.

Jette, A.M. (1980). Functional capacity evaluation: an empirical approach. *Archives of physician medical rehabilitation*, 61, 85-89.

Jha, S. (1998). Facultar a las personas para forjar la salud. *Promotion and health*, 5 (3-4), 127-128.

Jimenez, J.F., Moreno, B., Torres, F., Luna, J.D. y Phelan, M. (1997). Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de Camberwell. *Archivos de Neurobiología*, 60 (2), 113-124.

Jiménez, R. (1998). El cumplimiento de los derechos humanos: primera medida de salud pública. *Revista española de salud pública*, 72 (6), 477-480.

Johson, S., Salvador, L. y Grupo EPCAT (1999). Descripción y clasificación de los servicios de salud mental: una perspectiva europea. *European psychiatry*, 6, 182-194.

Jones, A. y Crandall, R. (1986). Validation of a Short Index of Self-Actualization. *Personality and social psychology bulletin*, 12, 63-73.

- Jones, P.W., Quirck, F.H. y Baveystock, C.M. (1991). The St George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory medicine*, 85, 25-31.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C. Schaefer, C. y Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 4, 1-39.
- Kaplan, R.M., Bush, J. W. Y Berry, C.C. (1976). Health status: types of validity and the Index of Well-Being. *Health services reserach*, 11, 478-507.
- Kaplan, R.M., Sieber, W.J. y Ganiats, T.G. (1997). The quality of Well-Being Scale: comparison of the interviewer-administered version with a self-administered questionnaire. *Psychology and health*, 12, 783-791.
- Karnsofsky, D.A., Abelmann, W.H. y Craver, L.F. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- Katz, M.M. y Lyerly, S.B. (1963). Methods for measuring adjustment and social behavior in the community. Rationale, description, dicriminative validity and scale development. *Psychological reports*, 13, 503-535.
- Katz, S. y Akpom, C.A. (1976). Index of ADL. *Medical care*, 14, 116-118.
- Katz, S. Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standarized measure of biological and psychological function. *Journal of the american medical association*, 185, 914-919.
- Kawakami, N., Takatsuka, N. Inaba, S. y Shimizu, H. (1999). The Tobacco Dependence Screener – TDS. *Addictive Behavior*, 24 (2), 155-166.
- Kay, S.R., Opler, L.A. y Lindenmayer, J.P. (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standarisation. *British journal of psychiatry*, 155, 59-65.
- Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. y Offord, D.R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical psychology review*, 17 (4), 375-406.
- Kelly, J.A. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales* (3ª edic.). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de ...).
- Kendrick, T. y Burns, T. (1998). Prevención de los trastornos psicóticos. En J.L. Vázquez-Barquero (Dir.), *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica.
- Kenney, J.W. (1991). Perceptions of health among lay consumers. *Perceptual and motor skills*, 73, 427-432.
- Kerns, R.D., Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimesnional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.

- Kessing, L.V. (1999). Una comparación de los diagnósticos de trastorno afectivo de la CIE-8 y la CIE-10. Un estudio de registro de casos de Dinamarca. *European psychiatry (edición española)*, 6, 146-150.
- Kessler, R.C. (1999). The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions – the NAPE lecture 1998. *Acta psychiatrica scandinavica*, 99, 2-9.
- Kinsman, R.A., O'Banion, K., Resnikof, P., Luparello, T.J. y Spector, S.L. (1973). Subjective symptoms of acute asthma within a heterogeneous sample of asthmatics. *Journal of allergy and clinical immunology*, 52, 284-296.
- Koivumaa-Honkanen, H.T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Tanskanen, A., Antikainen, R., Niskanen, L., Jääskeläinen, J. y Lehtonen, J. (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta psychiatrica scandinavica*, 94, 372-378.
- Khon, P.M. y Macdonald, J.E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: a decontaminated Hassles scale for adults. *Journal of behavioral medicine*, 15, 221-236.
- Kozma, A., Stone, S. y Stones, M.J. (1997). Los enfoques de Top-down y Bottom-up del bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial*, 6 (1), 77-90.
- Laffrey, S.C. (1986). Development of a Health Conception Scale. *Research in nursing of health*, 9, 107-113.
- Langner, T.S. (1962). A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of health and human behavior*, 3, 269-276.
- Lazarsfeld, P., Jahoda, M. y Zeisel, H. (1996). *Los parados de Marienthal*. Madrid: La Piqueta.
- Lawton, M.P. (1972). Assessing the competence of the older people. En, D.P. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research planning and action for the elderly: the power and potential of social science* (pp. 122-143). Nueva York: Behavioral publications,
- Lawton, M.P. (1972). The dimensions of morale. En, D.P. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research planning and action for the elderly: the power and potential of social science* (pp. 144-165). Nueva York: Behavioral publications,
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revisión. *Journal of gerontology*, 30, 85-89.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of old people: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lawton, M.P., Moos, M., Fulcomer, M. Y Kleban, M.H. (1982). A research and services oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of gerontology*, 37, 91-99.
- Leak, G.K. y McCarthy, K. (1984). Relationship between type A behavior subscales and measures of positive mental health. *Journal of clinical psychology*, 40 (6), 1406-1408.

- Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. *Journal of personality assessment*, 47, 66-75.
- Lecubrier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett, K., Janvs, J. y Dunbar, G.C. (1998). La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI). Una entrevista diagnóstica estructurada breve: fiabilidad y validez según la CID. *European Psychiatry (edición española)*, 5, 13-21.
- Leger, L.S. (1997). Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health promotion international*, 12 (2), 99-101.
- Leham, A.F. (1983). The well-being of chronic mental patients. *Archives of general psychiatry*, 40, 369-373.
- Lemos, S. (1995). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol.1, pp.128-161). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Lemperière, Th. y Féline, A. (1997). *Manual de psiquiatría*. Barcelona: Masson. (Original de 1979).
- Leon, C. (1992). Prevención en psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 673-680). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill .
- Leturia, F.J. (1998). Jubilación y calidad de vida. *Revista española de geriatría gerontológica*, 33, 9-16.
- Leventhal, H. y Colman, S. (1997). Quality of life: a process view. *Psychology and health*, 12, 753-767.
- Linares, J.L. (1981). Psiquiatría preventiva i salut mental. En D. Abella (Dir.). *Psiquiatría fonamental* (pp. 639-651). Barcelona: Edicions 62.
- Lindström, E., Widerlöv, B. y Von Knorring, L. (1997). Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y el DSM-IV y la prevalencia de la esquizofrenia. *European Psychiatry (edición española)*, 4, 536-544.
- Linn, M.W. (1985). A Global Assessment of Recent Stress Scale (GARSS). *International journal of psychiatry in medicine*, 15, 47-59.
- Linn, M.W., Sculthorpe, W.B., Evje, M., Slater, P.H. y Goodman, S.P. (1969). A Social Dysfunction Rating Scale. *Journal of psychiatry research*, 6, 299-306.
- López, A.E., Rodríguez-Naranjo, C. y Gavino, A. (1997). Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés. En A. Gavino (coord.), *Técnicas de terapia de conducta* (pp. 82-111). Barcelona: Martinez-Roca.
- Llor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España.

- Lloret, S. y Gonzalez, V. (1994). Salud, salud mental y bienestar psicológico. En V. Gonzalez (dir.), *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de salud mental* (pp. 13-28). Valencia: Nau llibres, Universidad de Valencia, Monografias de la U.I.P.O.T.
- Lloret, S. y Tomás, I. (1994). La medición del bienestar psicológico. En V. Gonzalez (dir.), *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de salud mental* (pp. 43-60). Valencia: Nau llibres, Universidad de Valencia, Monografias de la U.I.P.O.T.
- Lluch, M.T. (1997a). Consideraciones psico-sociales básicas. En G. Novel, M.T. Lluch y M.D. Miguel (Dirs.), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 3-9). Barcelona: Masson.
- Lluch, M.T. (1997b). Técnicas para desarrollar los recursos personales. En G. Novel, M.T. Lluch y M.D. Miguel (Dirs.), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 55-65). Barcelona: Masson.
- Lowe, D.J. (1975). *The Cornell Indices: a bibliography of the health questionnaires*. Nueva York: Cornell University Medical College Library.
- Lubin, B. (1965). Adjective Checklist for measurements of depression. *Archives of general psychiatry*, 12, 57-62.
- Macmillan, A.M. (1957). The Health Opinion Survey: thecnique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorder in communities. *Psychological reports*, 3, 325-339.
- Magaletta, P.R. y Oliver, J.M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of clinical psychology*, 55 (5), 539-551.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L. y Rotella, C.M. (1999). The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behavior*, 24 (3), 345-357.
- Marks, G.B., Dunn, S.M. y Woolcock, A.J. (1992). A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *Journal of clinical epidemiology*, 45, 461-472.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior research and therapy*, 17, 263-267.
- Marquet, R. (1998). Gestión de la calidad en atención primaria de salud. En J. Del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dirs.), *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, (pp. 241-255). Barcelona: Masson.
- Marsella, A.J. y Kameoka, V.A. (1991). Aspectos étnico-culturales en la evaluación psicopatológica. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 225-252). (Original de 1989).

- Marti Tusquets, J.L. y Murcia Grau, M. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Barcelona: Herder
- Marti Tusquets, J.L. y Murcia Grau, M. (1988). *Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación*. Barcelona: Anthropos.
- Martín, A., Martín-Rabadán, M. y Brotons, C. (1997). Diez años después. *Atención primaria*, 20 (2), 9-10.
- Marx, E.M. y Schulze, C.C. (1991). Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of clinical psychology*, 47 (3), 361-367.
- Mawson, D., Marks, I.M. y Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *British journal psychiatry*, 140, 11-18.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1973). The CAGE Questionnaire: validation of a new screening instrument. *American journal of psychiatry*, 131, 1111-1123.
- McDowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McFarlane, A.H., Neale, K.A., Norman, G.R., Roy, R.J. y Streiner, D.L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia bulletin*, 7, 90-100.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1987).
- McVane, J.R., James, D., Lange, M.A., Walter, M.D. y Zayat, M. (1978). Psychological functioning of bipolar manic-depressives in remission. *Archives of general psychiatry*, 35, 1351-1354.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M. y Mason, J.H. (1982). Measuring health status in arthritis: the arthritis impact measurement scales. *Arthritis and reumatism*, 27, 1344-1352.
- Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Menchon, J.M. (1998). Bases biológicas, psicológicas y sociales de la psiquiatría. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 41-60). Barcelona: Masson.
- Menchú, R. (1998). Poder local y participación ciudadana. *Promotion and health*, 5 (3-4), 125-126.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Abásolo, F. (1998). Técnicas de resolución de problemas. En J. Olivares y F.X. Méndez (dirs.), *Técnicas de modificación de conducta* (2ª edic., pp. 485-532). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Méndez, F.X., Olivares, J. y Ros, M.C. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Olivares y F.X. Méndez (dirs.), *Técnicas de modificación de conducta* (2ª edic., pp. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mercier, C., Péladeau, N. y Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community mental health journal*, 34 (5), 487-499.
- Mesa, P.J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior research and therapy*, 28, 487-495.
- Mezzich, J.E. (1997). Perspectivas internacionales sobre diagnóstico psiquiátrico. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (Vol.1, 6ª ed., pp. 650-661). Buenos Aires: Inter-médica. (Original de 1967).
- Mezzich, J.E. y Roca, M. (1992). Concepto y ámbito de la psiquiatría. Clasificación de los trastornos mentales. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dirs.), *Manual de psiquiatría* (pp. 1-16). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Miguel, J.J. y Cano, A.R. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Manual*. Madrid: TEA, Publicaciones de psicología aplicada.
- Miguel, M.D., Lluch, M.T. y Sabater, M.P. (1994). *Análisis de indicadores positivos de salud mental para la población infantil. Valoración y/o elaboración de instrumentos de medida*. (Documento no publicado).
- Miller, E. (1999). Positivism and clinical psychology. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 1-6.
- Millon, T., Green, C.J. y Meagher, R.B. (1979). The MBHI: a new inventory for the psychodiagnostician in medical settings. *Professional psychologist*, 10, 529-539.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica.
- Minsel, B., Becker, P. y Korchin, S. (1991). A cross-cultural view of positive mental health. Two orthogonal main factors replicable in four countries. *Journal of cross-cultural psychology*, 22 (2), 157-181.
- Montgomery, S.A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British journal of psychiatry*, 134, 382-389.
- Montorio, I. (1990). *Evaluación psicológica en la vejez: instrumentación desde su enfoque multidimensional*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dir.), *Manual de evaluación en psicología clínica y salud*. (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., Torres, F., Salize, H.J. y Rössler, W. (1997). Ficha Mannheim de contacto con los servicios comunitarios de salud mental. *Archivos de Neurobiología*, 60 (2), 151-161.
- Morera, A., Fernández, L., Morales, C.R. y Valenciano, R. (1991). Estudio piloto de la versión de 34 ítems del Cuestionario de Reactividad al Estrés (CRE-34). *Folia neuropsiquiátrica*, 26, 21-26.
- Muñoz, R.F. (1997). Programas de prevención de la depresión. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 149-176). Madrid: Piramide.
- Muñoz-Tortosa, J. (1997). Prevención comunitaria de las discapacidades en las personas mayores. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 307- 330). Madrid: Piramide.
- Muñoz, P.E., Vazquez, J.L., Rodriguez, F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (G.H.Q.) de D.P. Goldberg. *Archivos de neurobiología*, 42 (2), 139-158.
- Muñoz, P.E. (1980). Psiquiatría social. En J.L. Gonzalez de Rivera, A. Vela y J. Arana (Coords.), *Manual de psiquiatría* (pp. 1155-1174). Madrid: Karpos.
- Nathan, P.E. y Harris, S.L. (1983). *Psicopatología y sociedad*. México: Trillas. (Original de 1975).
- Neugarten, B.L., Havighrust, R.J. y Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*, 16, 134-143.
- Nieuwenhuizen, Ch.V., Schene, A., Boevink, W. y Wolf, J. (1998). The Lancashire quality of life profile: first experiences in the Netherlands. *Community mental health journal*, 34 (5), 513-523.
- Noronha, M. (1998). Trastornos mentales específicos de la cultura. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25 (5), 131-138.
- Norton, L. (1998). Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice?. *Journal of advanced nursing*, 28 (6), 1269-1275.
- Norusis, M.J. (1998). *SPSS Base 8.0 for Windows. User's guide*. Chicago: SPSS Inc.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica* (3ª edic.). México: McGraw-Hill/Interamericana de México. (Original de ...)
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13 (1), 27-44.

- Nyamwaya, D. (1998). Yakarta-Puerto Rico: Aproximaciones. *Promotion and health*, 5 (3-4), 120.
- O'Boyle, C.A. (1994). The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQOL). *International journal of mental health*, 23 (3), 3-23.
- O'Byrne, D. (1998). El poder del partenariado en la promoción de la salud. *Promotion and health*, 5 (3-4), 118.
- O'Learly, A., Shorr, S., Lorig, K. y Holman, H.R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthrosis. *Health psychology*, 7, 527-544.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Lozano, M. (1998). Técnicas de autocontrol. En J. Olivares y F.X. Méndez (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (2ª edic., pp. 371-408). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oliver, J.P.J. (1992). The social care directive: development of a Quality of Life Profile for use in the community services for the mentally ill. *Social work and social sciences review*, 3 (1), 5-45.
- Olza, M. (1998). Habilidades sociales. En J.F. Morales y M. Olza (Coords.), *Psicología social y trabajo social* (pp. 393-410). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Organisation Mondiale de la Santé (1997). *Rapport sur la santé dans le monde 1997. Vaincre la souffrance. Enrichir l'humanité*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Organización Mundial de la Salud (1961). *Preparación de programas de higiene mental* (Décimo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos N° 223.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 1.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 2.
- Organización Mundial de la Salud (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 3.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Noveno programa general de trabajo para el periodo 1996-2001*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 11.

- Organización Mundial de la Salud (1997). *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Prevención clínica. Guía para médicos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Orley y Saxena (1998). ¿Qué calidad de vida?. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Acta psiquiátrica psicológica de America Latina*, 44 (2), 185-186.
- Osterweil, Z.O. y Marom, M. (1978). Training teachers as facilitators of mental health: Psychotherapy of the role. *Mental health sociology*, 5, 330-338.
- Overall, J.E. y Garham, D. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological reports*, 10, 799-812.
- Page, J.D. (1982). *Manual de psicopatología*. Barcelona: Paidós (Original de 1971)
- Parish, R. (1998). Nuevos horizontes para la salud – Retos del mañana. *Promotion and mental health*, 5 (3-4), 139-140.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J.M. y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18, 269-283.
- Pattie, H.A. y Gilleard, C.J. (1979). *Manual of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly*. Sevenoaks, Hodder y Stoughton.
- Pfeiffer, E. (Comp.) (1975). *Multidimensional functional assessment: The OARS methodology: a manual*. Durham, North Carolina: Duke University.
- Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioral measurement of obsessional illness: difficulties common to these and other instruments. *Schottland medical journal*, 201, 33-40.
- Pichot, P. (1997). El concepto de cronicidad. En M. Gutiérrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), *Cronicidad en psiquiatría* (pp. 21-40). Barcelona: Rubes Ediciones en Neurociencias.
- Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J. y Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General hospital psychiatry*, 6, 123-130.
- Polit, D.F. (1991). *Investigación científica en ciencias de la salud* (3ª edic.). México: Nueva Editorial Interamericana. (Original de 1987).
- Priestman, T.J. y Baum, M. (1976). Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet*, i, 899-901.
- Prieto, J.M. (1993). Comentario al artículo: la calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de psicología social*, 8 (1), 119-124.

- Prieto, L., Alonso, J., Viladrich, M.C. y Anto, M. (1996). Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: evidence of limited value of item weights. *Journal of epidemiology*, 49, 31-38.
- Pol, E. y Valera, S. (1998). Calidad de vida, identidad y sostenibilidad. *Revista de treball social*, 149, 21-34.
- Ramshorn, M. (1983). Servicios de Salud mental. En J. Haber, M. Leach, S.M. Schudy y B.F. Sideleau (Eds.), *Psiquiatría. Texto básico* (pp. 9-16). Barcelona: Salvat.
- Raich, R.M. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. En D. Macià y F.X. Méndez (Comps.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (1996). Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo. En G. Buéla-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 161-177). Madrid: Siglo XXI.
- Rajmil, L., Gispert, R., Roset, M., Muñoz, P.E. y Segura, A. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria*, 12 (4), 153-159.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychology and measurement*, 1, 385-401.
- Rahe, R.H. y Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: past history and future directions. *Journal of human stress*, 4, 3-15.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior therapy*, 4, 398-406.
- Recio, A., Sánchez, E. y Gutiérrez, M. (1998). Calidad de vida en pacientes psicóticos en régimen de hospitalización parcial. *Anales de psiquiatría*, 14 (10), 427-431.
- Regier, D.A. y Burke, J.D. (1997). Métodos cuantitativos y experimentales en psiquiatría. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (Vol.1, 6ª ed., pp. 347-392). Buenos Aires: Inter-médica. (Original de 1967).
- Regier, D.A., Kaelber, Ch.T., Rae, D.S., Farmer, M.E., Knauper, B., Kessler, R.C. y Norquist, G.S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of general psychiatry*, 55 (2), 109-119.
- Rehm, L.P. (1993). Métodos de autocontrol. En V.E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2ª edic., pp. 655-683). Madrid: Siglo XXI de España.
- Remington, M. y Tyrer, P. (1979). The Social Functioning Schedule: a brief semi-structured interview. *Social psychiatry*, 14, 151-157.

- Richardson, F.C. y Tasto, D.L. (1976). Development and factor analysis of a Social Anxiety Inventory. *Behavior therapy*, 7, 453-462.
- Rigol, A. (1991). Historia de las ideas en Psiquiatría. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp. 1-10). Barcelona: Salvat.
- Rigol, A. y Garriga, X. (1991). Salud Mental en el Sistema Global de Salud. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp.93-119). Barcelona: Salvat.
- Roberts, R. Hemingway, H. y Marmot, M. (1997). Psychometric and clinical validity of the SF-36 General Health Survey in the Whitehall II study. *British journal of health psychology*, 2, 285-300.
- Robin, L.N., Hetzer, J.E., Croughan, J. y Ratcliff, K.S. (1981). National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule: , its hystory, characteristics, and validity. *Archives of general psychiatry*, 38, 381-389.
- Roca, F. (1983). Medicina, Salud Mental y Trabajo Social. En J.L. Tizon y M.T. Rosell (Coords.), *Salud Mental y Trabajo Social* (pp. 266-283). Barcelona: Laia.
- Rodriguez, A. (1991). Las relaciones sociales en la salud y en la enfermedad. En J. Buendía (Coord.), *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales* (pp. 169-185). Murcia: Publicaciones Universidad de Murcia.
- Rodríguez-López, A. (1997). Prevención en salud mental y antropología cultural. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 97-116). Madrid: Piramide.
- Rodriguez-Pulido, F. y Montes de Oca, D. (1993). Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas. En J.L. Gonzalez de Rivera, F. Rodriguez y A. Sierra (Dirs.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 125-144). Barcelona: Masson.
- Rojo, J.E. (1997). Estructuración del conocimiento en psiquiatría. En J. Vallejo (Ed.), *Psiquiatría* (pp.1-24). Barcelona: Masson.
- Roselló, J. (1996). *Psicología del sentimiento: motivación y emoción*. Palma (Balear): Universitat de les Illes Balears. Servei de Publicacions i Intercanvi Científic.
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: preliminary findings. *Behavior therapy*, 11, 109-121.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic books.
- Rosentiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983).The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

- Rubinson, E.P. y Asnis, G.M. (1991). Utilización de las entrevistas estructuradas para el diagnóstico. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 41-66). Barcelona: Ancora. (Original de 1989).
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1997). Prevención del aislamiento en personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*, 32, 51-57.
- Ruiz, C. (1982). Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En C. Ruiz, D. Barcia y J.J. Lopez-Ibor (Dir.), *Psiquiatría* (Vol.I, pp. 429-432). Barcelona: Toray (Falta situar la letra a en el texto)
- Ruiz, M. (1982). *La estructura científica de la psicopatología*. Málaga: Centro de Estudios Psiquiátricos y Psicológicos CEPYP.
- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire" ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *European journal of psychological assessment*, 9 (1), 19-32.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and aging*, 6 (2), 286-295.
- Saarento, O., Christiansen, L., Göstas, G., Hakko, H., Lönnnerberg, O., Muus, S., Sandlund, M., Öiesvold, T. y Hansson, L. (1999). El estudio comparativo nórdico sobre psiquiatría sectorizada: hospitalizaciones repetidas de urgencia durante un seguimiento de un año. *European psychiatry (edic. española)*, 6, 227-235.
- Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Marin, B.V., Marin, G. y Perez-Stable, E.J. (1989). Medición de la dependencia al cigarrillo: validación de una escala corta para latinos. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 7, 89-104.
- Sadock, B.J. y Kaplan, H.I. (1997). Clasificación de los trastornos mentales. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (Vol.1, 6ª ed., pp. 629-650). Buenos Aires: Inter-médica. (Original de 1967).
- Sáinz, M. (1997). La cultura de la salud en España. *Centro de salud*, 5 (6), 351-353.
- Salize, H.J. y Rössler, W. (1996). The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German Catchment Area. *British journal of psychiatry*, 169, 42-48.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behavior research and therapy*, 26 (2), 169-177.
- Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención* (2ª ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- Sánchez, J. (1998). "Lo positivo, refuerza lo positivo". *Enfermería científica*, 196-197, 3.

- Sarason, I.G., Johnson, J.H. y Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48, 932-946.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44, 127-139.
- Scharfetter, CH. (1977). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata. (Original de 1976)
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67, 1063-1078.
- Schoening, H.A., Anderegg, L., Bergstrom, D., Fonda, M., Steinke, N. y Ulrich, P. (1965). Numerical scoring of self-care status of patients. *Archives of physian medical rehabilitation*, 46, 689-697.
- Schwartz, R.M. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universit.
- Schwartz, R.M. y Gootman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44, 910-920.
- Segura, A. (1993). Medidas de prevención o terapéuticas: influencia sobre la calidad de vida. En M^a V. Camps y M. Perez-Oliva (Eds.), *Terapéutica y calidad de vida* (pp. 75-83). Barcelona: Doyma.
- Segura, A. y Martín, A. (1998). Prevención en la práctica clínica desde la perspectiva de la salud pública y la atención primaria de salud. En J. Del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dir.), *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, (pp. 575-591). Barcelona: Masson.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo. (Original de 1990).
- Selzer, M.L. (1971). The Michigam Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American journal of psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Serrallonga, I. (1980). Higiene Mental. El equipo terapéutico. En J. Vallejo, A. Bulbena, A. Grau, J. Poch y J. Serrallonga (Eds.), *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría* (pp. 866-872). Barcelona: Salvat.
- Seva, A. (1982). Prevención e higiene mental. El método epidemiológico en psiquiatría. En C. Ruiz, D. Barcia y J.J. Lopez-Ibor (Dir.), *Psiquiatría* (Vol.II, pp. 1471-1513). Barcelona: Toray
- Seva, A. (1983). *Salud Mental Evolutiva*. Zaragoza: Pórtico.

- Seva, A. Merino, J.A., Sarasola, A. y Magallon, R. (1989). Estrategia epidemiológica para el estudio de la salud mental en la comunidad autónoma aragonesa. *Folia neuropsiquiátrica*, 25 (1), 15-35.
- Seva, A., Magallon, R., Merino, J.A. y Sarasola, A. (1990). Analysis of the positive mental health in the urban population of Saragosse (Spain) (Samar-89 proyect). *European journal of psychiatry*, 4 (4), 208-220.
- Seva, A. y Fernandez, A. (1992). Medio siglo de epidemiología y salud mental en España. En P. Antón (Coord.), *Medio siglo de psiquiatría en España* (pp. 111-128). Madrid: Libro del Año.
- Sheehan, D.V. (1983). *Sheehan Anxiety and Panic Anxiety Scale*. Kalmazoo, MI: Upjohn.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F. y Dunbar, G.C. (1998). La validez de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI) según la SCID-P y su fiabilidad. *European psychiatry(edic. española)*, 5, 25-35.
- Shek, D.T.L. (1998). Adolescent positive mental health and psychological symptoms: a longitudinal study in a chinese context. *Psychologia*, 41, 217-225.
- Sher, K.J. y Trull, T.J. (1996). Methodological issues in psychopathology research. *Annual review of psychology*, 47, 371-400.
- Sherer, M., Maddux, J., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. y Rogers, R.W. (1982). The Self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychological reports*, 51, 663-671.
- Shiffman, S. y Jarvik, M.E. (1976). Trends in withdrawal symptoms in abstinence from cigarette smoking. *Psychopharmacologia*, 50, 35-39.
- Shmotkin, D. y Lomranz, J. (1998). Subjective well-being among holocaust survivors: an examination of overlooked differentiations. *Journal of personality and social psychology*, 75 (1), 141-155.
- Shostrom, E.L. (1964). An inventory for the measurement of self-actualization. *Educational and psychological measurement*, 24 (2), 207-218.
- Shostrom, E.L. (1974). *Personal Orientation Dimensions*. San Diego: EDITS
- Shostrom, E.L., Knapp, R.R. y Knapp, L. (1976). Validation of the Personal Orientation Dimensions: An inventory for the dimensions of actualizing. *Educational and psychological measurement*, 36, 491-494.
- Skantze, K. (1993). Defining subjective quality of life goals in schizophrenias: the Quality of Life Self-Assessment Inventory, QLS-100, a new approach to successful alliance and service development. Gothenburg: Departament of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Gothenburg.

- Skantze, K. (1998). Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 98, 390-39
- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive behaviors*, 7, 363-371.
- Skinner, H.A. y Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale: user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Smith, M.B. (1959). Research strategies toward a conception of positive mental health. *The American Psychologist*, 673-681.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Gibbon, M. y First, M.B. (1987). *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Nueva York: State Psychiatric Institut.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Gibbon, M. y First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Hystory, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49, 624-629.
- Spitzer, W.O, Dobson, A.J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R.N. y Catchlove, B.R. (1981). Measuring the quaility of life of cancer patients: a concise QL-Index for use by physicians. *Journal of chronic diseases*, 34, 585-597.
- Stokes, J.P. (1983). Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American journal of community psychology*, 11, 141-152.
- Strassle, C.G., McKee, E.A. y Plant, D.D. (1999). Optimism as an indicator of psychological health: using psychological assessment wisely. *Journal of personality assessment*, 72 (2), 190-199.
- Strupp, H.H. y Hadley, S.W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American psychologist*, 3, 187-196.
- Strupp, H.H. (1996). The tripartite model and the consumer reports study. *American psychologist*, 51 (10), 1017-1024.
- Stuifbergen, A.K. y Rogers, S. (1997). Health promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. *Advanced nursing sciences*, 19 (4), 1-20.
- Subias, P.J., Martín-Rabadán, M. y Maymó, N. (1997). Evaluaciones del programa. *Atención primaria*, 20 (2), 16-20.
- Sussman, S. (1997). Prevención del consumo de tabaco en niños y adolescentes. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 191-216). Madrid: Piramide.
- Tempier, R., Caron, J., Mercier, C. y Leouffre, P. (1998). Quality of life of severely mentally ill individuals: A comparative study. *Community mental health journal*, 34 (5), 477-485.

- Thakker, J. y Ward, T. (1998). Culture and classification: the cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 501-529.
- Thayer, R.E. (1967). Measurement of activation through self-report. *Psychological reports*, 20, 663-678.
- Thorson, J.A. y Powell, F.C. (1993). Development and validation of a Multidimensional Sense of Humor Scale. *Journal of clinical psychology*, 49 (1), 13-23.
- Tizón, J.L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. (4ª edic.). Barcelona: Biblaria.
- Tizón, J.L., Ciurana, R., Buitrago, F., Camon, R., Chocron, L., Fernandez, C. y Montón, C. (1997). Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención primaria*, 20 (2), 122-151.
- Torres, A.I. (1998a). Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad: un estudio empírico (1ª parte). *Anales de psiquiatría*, 14 (2), 72-85.
- Torres, A.I. (1998b). Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad: un estudio empírico (2ª parte). *Anales de psiquiatría*, 14 (3), 116-132.
- Torres, F., Moreno, B., Salvador, L., Romero, C. y de Jong, A. (1997). Clasificación internacional de cuidados de salud mental. *Archivos de neurobiología*, 60 (2), 141-150.
- Trungadi, M.C. (1978). *L'igiene mentale degli insegnanti*. Roma: Universo.
- Tucker, R.K. y Dyson, R. (1991). Factor structure of the short form measure of the self-actualization in a black sample. *Psychological reports*, 69, 871-877.
- Turabián, J.L. (1992). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Turabián, J.L. (1995). *Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia*. Madrid: Diaz de Santos.
- Turabián, J.L., Pérez-Franco, B., Baltuille, C., Garcia, C. y Rodriguez, J. (1997). Red de pacientes con recursos de salud positiva: una herramienta para la producción alternativa de servicios en medicina familiar. *Centro de salud*, 5 (3), 166-170.
- Turk, D.C. y Rudy, T. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 6, 760-768.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological assessment*, 1, 35-40.
- Tylee, A. (1998). Programas de entrenamiento en salud mental para los médicos de atención primaria. En J.L. Vázquez-Barquero (edit.), *Psiquiatría en atención primaria* (pp. 693-707). Madrid: Grupo Aula Médica.

Tyler, J.D., Clark, J.A., Olson, D., Klapp, D.A. y Cheloha, R.S. (1983). Measuring mental health values. *Counseling and values*, 20-30.

Ugalde, M. y Lluch, M.T. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.

Valera, S. (1996). Algunas consideraciones acerca del uso de indicadores en relación con los conceptos de calidad de vida y bienestar. *Intervención psicosocial*, 5 (13), 31-38.

Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiátrica* (4ª ed.). Barcelona: Masson

Vallejo-Nagera, J.A. (1985). *Introducción a la Psiquiátrica* (15ª ed.). Barcelona: Científico-Médica.

Vallejo-Pareja, M.A. (1998). Depresión. En M.A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I, pp. 471-526). Madrid: Dykinson.

Valtueña, J.A. (1998). La OMS cumple 50 años. *Jano*, 54, 20-22.

Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (1999). Inventory of Interpersonal Situations. *European journal of psychological assessment*, 15 (1), 25-38.

Van Dongen, C.J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community mental health journal*, 32 (6), 535-548).

Vandiver, V.L. (1998). Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A., *Community mental health journal*, 34 (5), 501-511.

Vázquez, C. (1990a). Historia de la psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Dir.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiátrica* (Vol. I, pp. 415-448). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Vázquez, C. (1990b). Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Dir.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiátrica* (Vol. II, pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Vázquez, C. (1990c). Sistemas de clasificación en psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Dir.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiátrica* (Vol. II, pp. 679-708). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Vázquez-Barquero, J.L. (1993). Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En J.L. Gonzalez de Rivera, F. Rodriguez y A. Sierra (Dir.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 19-35). Barcelona: Masson.

Vázquez-Barquero, J.L., Díez, J.F., Ayuso, J.L., Lasa, L., Oviedo, A., Arriaga, A., Del Castillo, E., Carnicero, M.D. y Higuera, A. (1998). Prevalencia de la depresión: objetivos y metodología de un ensayo clínico randomizado de intervención en medio comunitario. *Archivos de neurobiología*, 61 (1), 67-80.

- Vázquez-Barquero, J.L., Díez, J.F., Peña, C., Aldama, J., Samaniego, C., Menéndez, J. y Mirapeix, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological medicine*, 17, 227-241.
- Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L., Ramirez, N., García, E., Borra, C., Sanz, O., Bobes, J. y Oliver, J. (1997). Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire –LQOLP-. *Archivos de neurobiología*, 60 (2), 125-139.
- Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L., Cuesta, M^a J., García, E., Knapp, M. y Beecham, J. (1997). Versión española del CSRI: una entrevista para la evaluación de costes en salud mental. *Archivos de Neurobiología*, 60 (2), 171-184.
- Verma, S.K., Dubey, B.L. y Gupta, D. (1983). P.G.I. General Well Being Scale: some correlates. *Indian journal of psychology*, 10, 299-304.
- Villalbí, J. y Farrés, J. (1998). La reforma de la atención primaria de salud: una valoración crítica. *Cuadern CAPS*, 27, 14-22.
- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J. y Sechrist, K.R. (1990). A spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing research*, 39 (5), 268-273.
- Ware, J.E., Johnston, S.A., Daviers-Avery, A. y Brook, R.H. (1979). *Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study: Vol. III, Mental Health*. Santa Mónica, California: Rand Corporation.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30, 473-483.
- Ware, J.E., Kosinski, M. y Keller, S. (1994). *SF-36 physical and mental summary scales: a user's manual*. Boston, Massachusetts: Health Institute, New England Medical Center.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of occupational psychology*, 63, 193-210.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33 (4), 448-457.
- Watson, M y Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of psychosomatic research*, 27 (4), 299-305.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L. y Paykel, E.S. (1971). Clinical evaluation of hostility in depression. *American journal of psychiatry*, 128, 261-266.

- Weissman, M.M., Sholomskas, D. y John, K. (1981). The assessment of social adjustment. An update. *Archives of general psychiatry*, 38, 1250-1258.
- Welsh, R.R. (1975). Positive mental health. *The New Zealand Nursing Journal*, 69 (9), 6-8.
- Wertheim, E.S. (1975). Positive mental health, Western society and the family. *International journal of social psychiatry*, 21 (4), 247-255.
- Wetzler, S. (1991). Introducción: los parámetros contemporáneos de la evaluación en psicopatología. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 3-20). Barcelona: Ancora. (Original de 1989).
- Wheatley, D. (1990). The Stress Profile. *British journal of psychiatry*, 156, 685-688.
- Wilkin, D. y Thompson, C. (1989). *User's Guide to Dependency Measures for Elderly People*. Social Services Monographs: Reserach in practice. University of Sheffield, Joint Unit for Social Services Research.
- Winett, R.A., Riley, A.W., King, A.C. y Altman, D.G. (1993). Prevención en salud mental. Un enfoque proactivo-evolutivo-ecológico. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Dir.), *Psicopatología infantil* (pp. 572-590). Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1989).
- Wing, J.K., Cooper, J.E. y Sartorius, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms: and instruction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge: University press.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI). A critical review. *International journal of methods in psychiatric research*, 28, 57-84.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A Fear Survey for use in behavior therapy. *Behavior research and therapy*, 2, 27-30.
- World Health Organization (1985). *Targets for health for all*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, version 1.0)*. Geneva:World Health Organization.
- World Health Organization (1992). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1995). *The world health report 1995. Bridging the gaps*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, version 2.1)*. Geneva:World Health Organization
- World Health Organization (1998). *The world health report 1998. Life in the 21 st century. A vision for all*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group) (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International journal of mental health*, 23 (3), 24-56.

Zautra, A. y Simons, L.S. (1979). Some effects of positive life events on community mental health. *American journal of community psychology*, 7 (4), 441-451.

Zautra, A. y Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literatura. *Community mental health review*, 4 (1), 3-10.

Zigler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of abnormal and social psychology*, 63, 264-271.

Zigmon, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67, 361-370.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 52, 30-41.

Zubin, J. (1991). Utilización de instrumentos científicos en la evaluación psicopatológica: algunas perspectivas históricas. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 21-40). Barcelona: Ancora (Original de 1989).

Zuckerman, M. y Lubin, B. (1985). *Multiple Afect Adjective Check List-revised: manual*. San Diego: Edits.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12, 63-70.

Zung, W.W.K. (1983). A self-rating Pain and Distress Scale. *Psychosomatics*, 24, 887-894.

Zuuren, F.J. y Dooper, R. (1999). Health Promotion-Detection Questionnaire. *British journal of health psychology*, 4, 81-89.

ANEXOS

ANEXO I: PRIMER CUESTIONARIO

Hola. En primer lugar, darte las gracias anticipadamente por tu colaboración.

El cuestionario que te presentamos contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

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

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura que trataré la información con absoluta confidencialidad y anonimato.

POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

	SIEMPRE o CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA o CASI NUNCA
1 - Cuando cometo un error soy capaz de reconocerlo y aceptarlo				
2- me gustaría ser físicamente más guapa/o				
3- confío en mi misma/o				
4- pienso que soy una persona antipática				
5- veo mi futuro con optimismo				
6- pienso que yo como persona estoy en continuo crecimiento personal				
7- Después de un fracaso me doy por vencida/o fácilmente				
8- Para tomar decisiones necesito la aprobación de las personas significativas para mí				
9- soy capaz de distinguir entre yo y mi entorno				
10- pienso en las necesidades de los demás				
11- siento deseos de mantener contacto físico con alguna o algunas personas que me gustan				
12- tengo sentimientos de ser querida/o y deseada/o				
13- me llevo bien con la gente				
14- se como tengo que comportarme en cada situación				
15- pienso que las cosas antes eran mejor				
16- Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
17 - soy crítica/o conmigo misma/o				
18- me gustaría cuidar más mi aspecto físico				
19- me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
20- creo que yo soy una persona rencorosa				
21- El futuro en general me da miedo				
22- Para mí, la vida es aburrida y monótona				
23- Cuando me surge una contrariedad, me siento hundida/o e incapaz de luchar				
24- Cuando tengo que tomar una decisión en la que hay conflicto entre yo y los demás, hago lo que los demás esperan de mí				
25- identifico la realidad solo por criterios subjetivos				
26- soy racista				
27- me siento capaz de dar mucho amor				
28- expreso el afecto que siento a las personas que quiero				
29- soy capaz de establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
30- soy capaz de adaptar mi comportamiento a los requerimientos de la situación				

ANEXO I: PRIMER CUESTIONARIO

	SIEMPRE o CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA o CASI NUNCA
31- pienso que la forma de divertirse de la juventud era mejor antes que ahora				
32- soy capaz de reconocer los problemas				
33- Soy una persona que me exploro mucho a mi misma/o				
34- me gustaría ser más " digna/o de confianza"				
35- me gusto como soy				
36- pienso que soy una persona egoísta				
37- En mi vida tengo ideales y metas que me gustaría alcanzar				
38- Encuentro que la vida es muy interesante				
39- Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
40- me siento libre para tomar mis propias decisiones				
41- soy capaz de ver las cosas desde diferentes puntos de vista				
42- me gusta ayudar a los demás				
43- creo que tengo un talento especial para enamorar				
44- Creo que soy un/a estudiante muy competente				
45- La gente me rehuye				
46- Cuando tengo que hacer un trabajo en grupo tengo problemas para adaptarme al grupo				
47- pienso que podría adaptarme a vivir en cualquier parte del mundo				
48- Delante de un problema soy incapaz de hacer algo				
49- soy capaz de tomar conciencia de mis propios sentimientos				
50- me gustaría ser más inteligente de lo que soy				
51- me siento satisfecha/o de mi aspecto físico				
52- creo que soy una persona sociable				
53- creo que la vida no tiene significado				
54- tengo mi propia filosofía de vida				
55- Aunque este nerviosa/o soy capaz de continuar funcionando adecuadamente				
56- me preocupa que la gente me critique				
57- Aunque no coincida con la mayoría de la gente en su percepción del mundo, soy capaz de aceptar otras formas de verlo				
58- soy muy sensible a los sentimientos de los demás				
59- Creo que el placer en las relaciones sexuales es importante				
60- me siento satisfecha/o de estar en la Universidad				

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

	SIEMPRE o CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA o CASI NUNCA
61- me siento sola/o				
62- Cuando hay algo de lo explicado en clase que no me ha quedado claro busco la información				
63- me adapto a todos los ambientes				
64- pienso que hay problemas que no tienen ninguna solución, ni buena ni mala				
65- En general soy consciente de mis cambios de humor				
66- me gustaría ser una persona más tranquila				
67- me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
68- pienso que yo soy una persona sincera				
69- pienso que todavía tengo muchas cosas importantes por hacer en la vida				
70- pienso que el ser humano es malo por naturaleza				
71- Cuando no puedo obtener algo que quiero, me pongo de mal humor				
72- Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
73- veces tengo alucinaciones				
74- Creo que tengo mucha sensibilidad social				
75- En una relación amorosa (de pareja) el placer sexual mutuo es importante				
76- Cuando tengo tiempo libre me aburro				
77- estoy satisfecha/o de mis relaciones interpersonales				
78- Si tengo un problema con algún profesor, soy capaz de ir a hablar con él				
79- Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
80- me gusta afrontar los problemas				
81- soy capaz de reconocer mis limitaciones				
82- deseo ser más sincera/o de lo que soy				
83- me acepto a mi misma/o tal como soy, incluyendo mis buenas y malas cualidades				
84- pienso que soy una persona tranquila				
85- Las circunstancias desfavorables de mi vida me sirven para aprender y madurar				
86- me siento libre para ser yo misma/o				
87- soy capaz de aceptar que las cosas no siempre son como a mí me gustaría que fueran				
88- Aunque a veces tenga que pedir ayuda, me gusta resolver mis propios problemas sola/o				

ANEXO I: PRIMER CUESTIONARIO

	SIEMPRE o CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA o CASI NUNCA
89- pierdo el contacto con la realidad				
90- vivo ajena/o a los problemas sociales				
91- creo que tengo capacidad para experimentar placer sexual				
92- me siento capaz de divertirme en mi comunidad				
93- me siento querida/o por mi familia				
94- soy capaz de relacionarme abiertamente con mis profesores				
95- me adapto bien a los cambios				
96- Cuando tengo un problema evito pensar en el				
97- Soy una persona que reflexiono mucho acerca de las cosas que me suceden				
98- me gustaría ser más sociable de lo que soy				
99- pienso que yo soy una mala persona				
100- pienso que soy una persona inteligente				
101- trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
102- me gusta tener una mentalidad abierta				
103- soy tolerante con la gente que no piensa como yo				
104- Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
105- tengo claro quien soy y en donde estoy				
106- Cuando veo una persona que necesita ayuda, intento ayudarla				
107- pienso que el amor es una de las cosas más importantes de la vida				
108- soy capaz de obtener satisfacciones de las actividades de mi vida cotidiana				
109- estoy satisfecho de las relaciones que tengo con mi familia				
110- llego a clase a la hora establecida				
111- me considero una persona inadaptada				
112- Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
113- soy capaz de reconocer mis defectos				
114- me gustaría ser una persona egoísta				
115- creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
116- pienso que yo soy una persona digna de confianza				
117- intento mejorar como persona				
118- pienso que cada día soy más inmadura/o				
119- pienso que en la vida no todo es cuestión de suerte sino que uno también juega un papel importante				

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

	SIEMPRE o CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA o CASI NUNCA
120- Creo que la mayor parte de situaciones de mi vida puedo superarlas yo sola/o				
121- se exactamente cuales son mis verdaderas necesidades				
122- Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
123- soy capaz de establecer relaciones íntimas con alguna/as persona/s que me gusten				
124- me divierto mucho				
125- estoy satisfecha/o de las relaciones que tengo con mis amigos				
126- mantengo relaciones de confianza con los profesores				
127- creo que todos los cambios tienen algo de positivo				
128- Si necesito ayuda para solucionar un problema, soy capaz de pedírsela a alguien				
129- Cuando algo o alguien no me gusta soy capaz de darme cuenta de ello				
130- me gustaría ser una persona rencorosa				
131- estoy convencida/o de que a mi se me puede querer mucho				
132- me preocupo por ponerme ropa que me quede bien				
133- intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
134- estoy abierta/o a nuevas experiencias				
135- Creo que existe una conexión directa entre lo duro que uno estudia y la puntuación que uno obtiene				
136- asumo totalmente la responsabilidad de mis actos y de mis decisiones				
137- Soy consciente de que mis deseos y la realidad exterior son diferentes				
138- soy capaz de entender a los demás				
139- Creo que mis relaciones amorosas son llenas y completas				
140- En la Universidad se me brinda oportunidades adecuadas para utilizar mis talentos y habilidades como estudiante				
141- estoy satisfecha/o de las relaciones que tengo con mis compañeros de clase				
142- Cuando voy a un sitio que hay cola de gente intento colarme				
143- creo que hay cosas que son inmodificables y hay que aceptarlas				
144- soluciono bastante bien mis problemas				
145- soy capaz de reconocer mis cualidades y virtudes				
146- me gustaría ser más simpática/o de lo que soy				

ANEXO I: PRIMER CUESTIONARIO

	SIEMPRE o CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA o CASI NUNCA
147- pienso que tengo muchas cosas buenas de las que sentirme orgullosa/o				
148- me preocupo por cuidar mi aspecto físico				
149- Creo que en la vida hay algo por lo que vale la pena luchar				
150- Cuando pienso en mi pasado, en general me siento satisfecha/o de lo que he hecho				
151- Creo que soy capaz de ir controlando el estrés de la vida cotidiana				
152- se cuidarme muy bien sola/o				
153- se valorar objetivamente las cosas				
154- Si yo estoy sentada/o y una persona mayor esta de pie en el metro o en el autobús le cedo mi asiento				
155- Creo que soy capaz de disfrutar del sexo				
156- realizo algunas actividades recreativas				
157- Cuando me relaciono con los demás soy abierta/o, autentica/o y sincera/o.				
158- Cuando voy a un restaurante y me traen un plato que no esta bueno soy capaz de devolverlo				
159- Los cambios me gustan				
160- tengo problemas acumulados, pendientes de resolver				
161- tengo muy claro cuales son mis aspectos físicos más atractivos				
162- deseo ser completamente diferente de como soy				
163- caigo mal a la gente				
164- pienso que soy una persona físicamente fea				
165- me imagino cosas malas que podrían sucederme				
166- utilizo mis habilidades creativas				
167- me siento a punto de explotar				
168- En mi tiempo libre hago lo que yo quiero				
169- Cuando mis necesidades personales no están cubiertas, eso me influye en mi percepción de la realidad				
170- Si un compañero de clase necesita los apuntes, yo se los dejo				
171- Creo que soy o puedo ser un/a buen/a amante				
172- En mi vida personal, se separar las obligaciones de los deseos				
173- me gusta estar con gente				
174- Cuando jugamos con un amigo, si éste se salta las reglas del juego, se lo digo.				
175- he sido capaz de superar mis crisis personales				
176- pienso que los problemas forman parte de la vida cotidiana				

A continuación, te pedimos que contestes a unas preguntas breves sobre cuestiones generales.

CUESTIONES GENERALES

EDAD..... SEXO: Masc. Femen.

***Para responder a estas cuestiones marca con una X la casilla que corresponda a tu situación**

	Provincia de Barcelona	Otras provincias catalanas	Otras Comunidades Españolas	Extranjero
Lugar de Nacimiento TUYO				
Lugar de Nacimiento de TU PADRE				
Lugar de Nacimiento de TU MADRE				
Idioma predominante con el que hablas en casa	CATALAN	CASTELLANO	OTROS (Especificar).....	
- ¿Tienes algún problema de salud física?	NO	SI (Especificar).....		
- ¿Tienes algún problema de salud mental?	NO	SI (Especificar).....		
En este último mes, ¿has tenido que ir al médico para algo?	NO	SI ¿Para que?.....		
- ¿Has ido alguna vez a visitar a un psiquiatra o psicólogo?	NO	SI ¿Para que?.....		

- MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION -

ANEXO II: SEGUNDO CUESTIONARIO

Hola. En primer lugar, darte las gracias anticipadamente por tu colaboración.
En segundo lugar, te pedimos que contestes a unas preguntas breves sobre cuestiones generales. En el punto donde se pide el Código deberás anotar las 4 últimas cifras de tu número de teléfono.

CUESTIONES GENERALES

CODIGO

EDAD

SEXO: Masc.... Fem....

Para contestar a las siguientes cuestiones, tacha con una X la respuesta que corresponda a tu situación

¿Tienes algún problema de salud física?

NO

SI Especificar:.....

¿Tienes algún problema de salud mental?

NO

SI Especificar:.....

En este último mes, ¿has tenido que ir al médico para algo?

NO

SI Especificar:.....

¿Has ido alguna vez a visitar a un psiquiatra o psicólogo?

NO

SI Especificar:.....

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

Las posibles respuestas son:

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

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

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

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 me siento poco sensibilizada/o ante los problemas sociales				
2 me preocupa que la gente me critique				
3 Después de un fracaso me doy por vencida/o fácilmente				
4 me divierto mucho				
5 Cuando pienso en mi pasado, en general me siento insatisfecha/o de lo que he hecho				
6 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
7 Los problemas me bloquean fácilmente				
8 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
9 me gusto como soy				
10 En mi vida tengo ideales y metas que me gustaría alcanzar				
11 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
12 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
13 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
14 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
15 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
16 Cuando estoy nerviosa/o soy capaz de continuar funcionando adecuadamente				
17 confío en mi misma/o				
18 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
19 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
20 me cuesta encontrar cosas por las que valga la pena luchar				
21 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
22 me adapto bien a los cambios				
23 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
24 pienso que soy una persona poco inteligente				
25 me llevo mal con la gente				
26 me gusta ayudar a los demás				
27 me siento una persona independiente				
28 me resulta difícil aprender de las experiencias cotidianas de mi vida				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				

ANEXO II: SEGUNDO CUESTIONARIO

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
31 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
32 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
33 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
34 veo mi futuro con pesimismo				
35 Para mi, la vida es aburrida y monótona				
36 me siento a punto de explotar				
37 me resulta difícil tener opiniones personales				
38 Las contrariedades modifican sustancialmente mi forma de ser				
39 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
40.... pienso que soy una persona digna de confianza				
41 pienso en las necesidades de los demás				
42 estoy insatisfecha/o de las relaciones que tengo con mis amigos				
43 tengo dificultades para expresar el afecto que siento a las personas que quiero				
44 pienso que soy una persona sincera				
45 me ha gustado la idea de vivir sola/o				
46 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
47 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
48 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				
49 tengo dificultades para tolerar las frustraciones				
50 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
51 intento mejorar como persona				
52 soy capaz de estar con personas que sufren				
53 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
54 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
55 creo que soy una persona sociable				
56 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
57 Cuando es necesario, soy capaz de mantener mis criterios				
58 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
59 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				
60 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				

ANEXO III: CUESTIONARIO “DEFINITIVO”

ANEXO III: CUESTIONARIO "DEFINITIVO"

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

CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

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