

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**



1 8 0 3

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO  
VANESSA GÓMEZ GIRALDO  
NELSON ARLEY QUINTERO GIRALDO  
YESENIA PAMPLONA POSADA**

**ASESORA ACADÉMICA  
MERCEDES JIMÉNEZ BENÍTEZ**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN  
2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	12
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	16
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	26
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	32
<b>3.1. Objetivo general</b> .....	32
<b>3.2. Objetivos específicos</b> .....	32
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	33
<b>4.1. Aproximaciones conceptuales a la salud mental y la psicopatología</b> .....	33
<b>4.2. Salud mental y bienestar</b> .....	36
<b>4.2.1. Desarrollo histórico del concepto de bienestar</b> .....	36
<b>4.2.1.1. La concepción aristotélica del bienestar: bienestar eudaimónico</b> .....	37
<b>4.2.1.2. El bienestar estoico</b> .....	39
<b>4.2.2. Perspectivas psicológicas sobre el bienestar</b> .....	40
<b>4.2.2.1. El Bienestar subjetivo</b> .....	41
<b>4.2.2.2. El Bienestar Psicológico</b> .....	45
<b>4.2.2.3. El Bienestar Social</b> .....	47
<b>4.3. Psicopatología</b> .....	48
<b>4.3.1. Conceptos y criterios de la psicopatología</b> .....	49
<b>4.3.1.1. Criterio estadístico de la psicopatología</b> .....	49
<b>4.3.1.2. Criterios sociales e interpersonales de psicopatología</b> .....	50
<b>4.3.1.3. Criterios subjetivos o intrapsíquicos de la psicopatología</b> .....	51
<b>4.3.1.4. Criterios biológicos de la psicopatología</b> .....	51

**Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA**

<b>4.3.2.</b>	Modelos de la psicopatología.....	52
<b>4.3.2.1.</b>	Modelo biológico de la psicopatología .....	52
<b>4.3.2.2.</b>	Modelo categorial y médico de la psicopatología.....	53
<b>4.3.2.3.</b>	Modelo dimensional de psicopatología.....	55
<b>4.3.2.4.</b>	Modelo conductual de psicopatología.....	57
<b>4.3.2.5.</b>	Modelo transdiagnóstico .....	57
<b>4.4.</b>	Relaciones entre la psicopatología y la salud mental.....	59
<b>5.</b>	<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	65
<b>5.1.</b>	Tipo de investigación.....	65
<b>5.2.</b>	Población y muestra.....	65
<b>5.3.</b>	Tamaño de la muestra .....	66
<b>5.4.</b>	Muestreo .....	66
<b>5.5.</b>	Operacionalización de variables .....	67
<b>5.6.</b>	Procedimiento para la recolección de datos .....	67
<b>5.7.</b>	Instrumentos de evaluación.....	68
<b>5.7.1.</b>	Encuesta de datos sociodemográficos.....	68
<b>5.7.2.</b>	Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo.....	68
<b>5.7.3.</b>	Escala de Satisfacción con la Vida .....	69
<b>5.7.4.</b>	Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff.....	70
<b>5.7.5.</b>	Escalas de Bienestar Social.....	71
<b>5.7.6.</b>	Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad, WHODAS 2.0.....	72
<b>5.7.7.</b>	Listado de síntomas Revisado - SCL-90-R.....	74
<b>5.8.</b>	Plan de análisis.....	77

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	79
<b>7. RESULTADOS</b> .....	83
<b>7.1. Análisis de confiabilidad</b> .....	83
<b>7.1.1. Análisis de confiabilidad de Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo</b> .....	84
<b>7.1.2. Análisis de confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la Vida</b> .....	84
<b>7.1.3. Análisis de confiabilidad de la Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff</b> .....	85
<b>7.1.4. Análisis de confiabilidad de las Escalas de Bienestar Social</b> .....	85
<b>7.1.5 Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad</b> .....	86
<b>7.1.6. Análisis de confiabilidad del cuestionario SCL-90-R</b> .....	87
<b>7.2. Pruebas de normalidad de los instrumentos</b> .....	87
<b>7.3. Análisis descriptivo</b> .....	89
<b>7.3.1 Características socio-demográficas, psicosociales y académicas</b> .....	89
<b>7.3.2 Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo</b> .....	91
<b>7.3.3. Escala de Satisfacción con la Vida</b> .....	94
<b>7.3.4 Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff</b> .....	96
<b>7.3.5 Escalas de Bienestar Social</b> .....	97
<b>7.3.6. Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad</b> .....	99
<b>7.3.7 Escala de Síntomas Revisado - SCL- 90-R</b> .....	102
<b>7.4. Análisis Correlacional</b> .....	104
<b>7.4.1. Correlación del PANAS con variables de las Escalas de Bienestar Social, Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff y SCL-90-R.</b> .....	105
<b>7.4.2. Correlación de la Escala de Satisfacción con la Vida, con variables de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, Escalas de Bienestar Social, y Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo.</b>	107

**Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA**

<b>7.4.3.</b> Correlación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff entres sus propias dimensiones y el SCL-90-R.....	108
<b>7.4.4.</b> Correlación entre las Escalas de Bienestar Social con las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, SCL-90-R y Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0.....	112
<b>7.4.5.</b> Correlación del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 con sus propios dominios y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, Bienestar Social y SCL-90-R .....	114
<b>7.4.6</b> Correlación del SCL-90-R con sus propias dimensiones y el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 .....	118
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	122
<b>9. REFERENCIAS</b> .....	143

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1 .....	69
Tabla 2 .....	70
Tabla 3 .....	72
Tabla 4 .....	73
Tabla 5.....	76
Tabla 6 .....	84
Tabla 7 .....	84
Tabla 8 .....	85
Tabla 9 .....	86
Tabla 10 .....	86
Tabla 11 .....	87
Tabla 12 .....	89
Tabla 13 .....	90
Tabla 14 .....	90
Tabla 15 .....	91
Tabla 16 .....	92
Tabla 17 .....	93
Tabla 18 .....	95
Tabla 19.....	95
Tabla 20 .....	96
Tabla 21 .....	97
Tabla 22 .....	98
Tabla 23 .....	99
Tabla 24 .....	100

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Tabla 25 .....	101
Tabla 26 .....	103
Tabla 27 .....	104
Tabla 28 .....	107
Tabla 29 .....	108
Tabla 30 .....	109
Tabla 31 .....	113
Tabla 32 .....	116
Tabla 33 .....	120

## LISTADO DE ANEXOS

### Anexo 1. Listado de variables

- Datos sociodemográficos, académicos y socioeconómicos
- Escala Afecto Negativo y Positivo PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988)
- Escala de satisfacción con la vida (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)
- Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (van Dierendonck, 2004); adaptación española de Diaz, Rodriguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle & van Dierendonck (2006).
- Escala de Bienestar Social (Keyes, 1998); adaptación española de Blanco & Díaz (2005).
- OMS. (2010). Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0. Ginebra: Hilary Cadman.
- SCL-90- R. Cuestionario de 90 síntomas Derogatis (2002)

### Anexo 2. Consentimiento Informado

### Anexo 3. Encuesta de datos socio-demográfica, académica y psicosocial.

### Anexo 4. Cuadernillo 1. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) Watson, Clark y Tellegen (1988; adaptación española de Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999)

### Anexo 5. Cuadernillo 2. Prueba SAT-DIENER (Diener et al.,1985; adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer & García- Merita, 2000)

### Anexo 6. Cuadernillo 3. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

van Dierendonck (2004; adaptación española de Díaz, Rodríguez-Carvajal,  
Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006)

Anexo 7. Cuadernillo 4. Escala de Bienestar Social

Keyes (1998; adaptación española de Blanco y Díaz, 2005).

Anexo 8. Cuadernillo 5. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHODAS  
2.0 (OMS, 2010)

Anexo 9. Cuadernillo 6. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas  
Derogatis (2002)

## RESUMEN

Los indicadores de la salud mental positiva y las dimensiones psicopatológicas son componentes de un concepto más amplio y complejo, como es el de salud mental. Para poder investigar este concepto, es importante estudiar la relación entre éstos y explorar si suponen dos dimensiones independientes entre sí y de si son dos polos de una misma dimensión. Para ello, se desarrolló un estudio descriptivo correlacional en el que se identificaron y relacionaron algunos indicadores de salud mental positiva (afecto positivo y negativo, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social) con dimensiones de la psicopatología (dimensiones sintomáticas) y de discapacidad (niveles de funcionamiento en dominios de la vida) en una muestra de N=114 estudiantes universitarios de psicología, diferenciándose los resultados según el sexo y cohorte académica. Los resultados muestran que algunas de las variables correlacionaban entre sí, mientras que otras no, lo que apoya el modelo de Dual Continuo. La realización de este estudio representa un avance en el conocimiento acerca de las manifestaciones de salud mental positiva y psicopatología en el contexto universitario, y en la comprensión del mismo constructo de salud mental.

**Palabras claves:** Salud mental, Bienestar psicológico, Bienestar subjetivo, Bienestar social, Psicopatología, Discapacidad.

### ABSTRACT

Indicators of positive mental health and psychopathological dimensions are two components that form a part of the large and complex concept that is mental health.

In order to adequately investigate the concept of mental health, it is important to study the relationship between these two components and explore whether they exist as independent dimensions or if they are merely the two poles of the same dimension.

To accomplish this, a descriptive correlational study was performed which identified and studied the relationship that certain indicators of mental health (positive and negative affect, overall satisfaction with life, psychological and social well-being) share with psychopathological dimensions (symptomatic dimensions) and disability (levels of functioning in varying domains of life). We did so using a sample of N=114 students from the Psychology Department of the University of Antioquia, differentiating the results according to sex and academic cohorts. The results show that some of these variables are co-related, while others are not, supporting the Dual Continuum model.

This study represents a significant advance in understanding how mental health and psychopathology manifest themselves in a university context, as well as in understanding the construct of mental health in general.

**Keywords:** Mental health, Psychological Well-being, Subjective Well-being, Social Well-being, Psychopathology, disability.

## INTRODUCCIÓN

La salud mental humana esta diariamente afectada por las diversas situaciones y tensiones que impone la cotidianidad en el entorno que cada persona habita, variando de acuerdo a país, raza, sexo y condiciones psicosociales; además de ello, los contenidos que transcurren en la mente de las personas también son factores determinantes, como lo son sus percepciones, pensamientos, emociones y conductas que subyacen a dichas vivencias de la cotidianidad. Por lo tanto, los seres humanos se conciben como organismos biopsicosociales y su complejidad implica que tanto su salud mental como psicopatología puede estar determinada por aspectos sociodemográficos, económicos y políticos.

Respecto al concepto de salud mental y psicopatología, históricamente se han estudiado como dimensiones bipolares, donde la presencia de una afecta la presencia de la otra, es decir a mayor psicopatología menor salud mental y viceversa. Sin embargo, Keyes (2005) plantea un modelo que difiere de esta concepción, en el que se proponen estas dos dimensiones como unipolares, es decir que pueden confluir entre sí, sin que la presencia de psicopatología afecte la presencia de salud mental.

Respecto a estas dos dimensiones, ser estudiante en un contexto universitario implica crecer, aprender y disfrutar distintas situaciones así como confrontar, resolver y padecer numerosas tensiones; por lo tanto, es plausible que a lo largo de su pregrado pueda vivir situaciones que favorezcan o afecten su salud mental de manera significativa. Del mismo modo, esto puede ocurrir con sus síntomas psicopatológicos, relacionados al estrés académico, depresión y ansiedad (Vargas, 2008).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Por lo tanto, resulta de gran relevancia investigar la salud mental y la psicopatología, en un contexto universitario como lo es la Universidad de Antioquia, allí se han encontrado investigaciones relacionadas con alguno de estos constructos, como lo son investigaciones que indagaron por los niveles de salud mental en estudiantes de psicología, en los cuales se identificó que todos los participantes de la muestra reportaron niveles altos en cada uno de los indicadores de salud mental (Serna, 2016). También se encontró un estudio en el que se investigó el riesgo de deserción por rendimiento académico y sus implicaciones para la salud mental, en cual se halló un sentido de persistencia y estrategias para afrontar los eventos que se les presentan a los estudiantes a través de prácticas positivas y otras de riesgo en relación con la salud mental. (Murillo & Hernández, 2015). A partir de los resultados de estos estudios se puede deducir que aún es necesario realizar más investigaciones con otras muestras, así como indagar por otras variables que faciliten describir y relacionar dichos fenómenos.

Por tal motivo, se formuló el presente trabajo de investigación que tiene como objetivo examinar las relaciones entre dimensiones psicopatológicas, de discapacidad y algunos indicadores de bienestar subjetivo, psicológico y social en una muestra de estudiantes universitarios del programa de psicología. Para esto, fue preciso diferenciar los grupos por cohortes académicas así: (Cohorte 1: semestres 1, 2, 3 y 4; Cohorte 2: semestres 5, 6 y 7; y Cohorte 3: semestres 8, 9 y 10). Se pretende entonces identificar las dimensiones de salud mental y psicopatología a lo largo del proceso académico.

Para ello, se diseñó un estudio descriptivo, comparativo y correlacional en una muestra de estudio conformada por 114 estudiantes del Departamento de Psicología de la Universidad

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

de Antioquia. A los que se les aplicó un protocolo de evaluación conformado por seis instrumentos y el consentimiento informado.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: la Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark & Tellegen, 1988); de acuerdo a su adaptación española de Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999), y su validación estructural para la ciudad de Medellín y su Área Metropolitana desarrollada por Omaira Arango (2007), Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); según la adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000), Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Van Dierendonck, 2004); según su adaptación española de Díaz, Rodríguez, Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle & Van Dierendonck (2006); Escalas de Bienestar Social (Keyes, 1998); de acuerdo con su adaptación española de Blanco & Díaz (2005) y el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 (Organización Mundial de la Salud, 2010) y el Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis, 2002). Además de los anteriores, también se desarrolló una encuesta sociodemográfica, académica y psicosocial adaptada para el presente estudio.

Adicionalmente a los datos de frecuencia y porcentajes de las variables del estudio, se compararon los resultados obtenidos respecto a los niveles de afecto positivo y negativo, satisfacción con la vida, bienestar psicológico, bienestar social, síntomas psicopatológicos y niveles de funcionamiento o discapacidad en dominios de la vida según la variable sociodemográfica (sexo), y académica (cohorte académica) Igualmente, se analizaron las relaciones entre los indicadores de salud mental y dimensiones psicopatológicas anteriormente descritas.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Se presenta a continuación todo el proceso investigativo realizado, los resultados obtenidos a partir de los datos recolectados y las conclusiones académicas e inferencias teóricas y metodológicas derivadas.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversos estudios (Diener, 1999; Keyes, C.L.M. & Waterman, M.B. 2003; Blanco, A. & Díaz, D. 2005; Zubieta, E. M, 2008; Vázquez, C. 2009; García-Alandete, 2013; García-Alandete, 2013; Del Valle, M., Hormaechea, F., & Urquijo, S, 2015), coinciden en que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental, lo cual ha implicado la identificación de múltiples factores que componen la salud mental desde un enfoque positivo. Entre éstos, los autores mencionan una serie de indicadores de salud mental, como son: la satisfacción con la vida, el balance entre el afecto positivo y el afecto negativo, el bienestar psicológico y el bienestar social.

Desde esta perspectiva, la salud mental haría referencia tanto al concepto de salud mental positiva como al de psicopatología, para la que diversos estudios (Waterman, A. S, 1993; Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F, 2008; Hernández, Palacio, D., Freyre, & Alcázar, 2011) donde se identifican los modelos conceptuales, fundamentalmente el categorial y el dimensional, a partir de los cuales se ha concebido la psicopatología.

No obstante, si se tienen en cuenta ambas perspectivas de la salud mental, se encuentran escasos estudios donde se indague por la relación entre la psicopatología y la salud mental positiva. Al respecto, algunos de estos estudios (Keyes, C. 2002; Keyes, C.L.M, 2005; Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. 2008; Keyes, Corey L M; Dhingra, Satvinder & Simoes, Eduardo J, 2010), coinciden al afirmar que el cambio en el nivel de salud mental positiva es un predictor futuro de psicopatología y que el hecho de perder salud mental predice el aumento de psicopatología.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Estos estudios han sido desarrollados en países como Estados Unidos y Sudáfrica. No obstante, no se hallaron antecedentes que indaguen acerca de la relación entre salud mental positiva y la psicopatología en población latinoamericana.

A pesar de esto, el posible establecimiento de relaciones entre la salud mental y la psicopatología genera cada vez más interés en diversos contextos como Colombia, por las implicaciones sociales, económicas y salutogénicas que tiene la salud mental y la psicopatología para el ser humano, e incluso a nivel político.

Respecto a la salud mental positiva, se han propuesto recientemente interesantes modelos teóricos (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Deci & Ryan, 2000; Seligman, 2002; Keyes & Waterman, 2003), donde se entiende ésta como un fenómeno positivo que va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2009). Estos planteamientos apoyan la definición de la OMS (2005) de salud mental, en la cual se afirma:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (p.2)

A partir de esta definición, se pueden establecer los tres componentes principales de la salud mental para la OMS: el bienestar, el funcionamiento efectivo de un individuo y el funcionamiento efectivo para una comunidad.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Respecto al primero de estos componentes, el de bienestar, se han realizado muchos esfuerzos históricamente para comprender su naturaleza y sus causas (McMahon, 2006) y, en los últimos años, ha habido una explosión del interés y de los estudios científicos (Vázquez & Hervás, 2009) que se diferencian claramente en dos orientaciones investigativas basadas en dos tradiciones filosóficas: una enfocada al bienestar hedónico y otra dirigida al bienestar psicológico.

La primera de estas perspectivas del bienestar, la hedónica, hace referencia a los sentimientos de felicidad, satisfacción e interés en la vida y ha sido denominado esencialmente como bienestar emocional (Keyes, 2007) o como bienestar subjetivo cuando incluye dos componentes en diferentes marcos temporales: el balance afectivo de la experiencia inmediata (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de las emociones negativas) y la satisfacción vital percibida (más estable en el tiempo y de naturaleza cognitiva).

Frente a esta perspectiva hedónica, algunos psicólogos (Ryff, 1989; Ryan & Deci, 2001), plantean una propuesta complementaria, denominada como bienestar eudaimónico por remontarse a los planteamientos de Aristóteles, para quien no la felicidad sino la realización de las propias potencialidades era el elemento esencial de una buena vida (Waterman, 1993). Desde estos planteamientos, algunos autores (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995) proponen utilizar el término de bienestar psicológico para referirse al desarrollo del verdadero potencial de uno mismo y para diferenciarlo del bienestar subjetivo o hedónico.

Su propuesta consiste en un modelo teórico multidimensional conformado por seis elementos que caracterizan un bienestar óptimo en términos de realización personal: la

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, el control ambiental, la autonomía, el propósito en la vida y el crecimiento personal. Estos planteamientos de Ryff, junto con otros trabajos sobre el bienestar psicológico eudaimónico (Ryan y Deci, 2001) abordan el segundo de los componentes de la definición de salud mental de la OMS (2005), específicamente el relacionado con el funcionamiento efectivo de un individuo.

Por consiguiente, tanto la postura hedónica como la eudaimónica consideran el bienestar como un factor protector de la salud mental, que posibilita el aumento de conductas saludables y preparación para el afrontamiento ante situaciones que generan estrés. Además influye en la prevención y recuperación de las enfermedades físicas en tanto está relacionada con el sistema inmune (Vazqu ez, C; Hervías, G; Rahona, J; Gom ez, D. 2009).

En cuanto el concepto de bienestar psicológico, algunos autores (Oramas, A; Santana, S & Vergara, A. 2006) no lo conceptualizan tan distinto a la definición anterior y plantean éste también como un indicador positivo de la salud mental. En esta conceptualización, sin embargo, se evidencia la relación entre el sujeto con sí mismo y su entorno. Dichos autores consideran que el bienestar psicológico está formado por variables de autoconcepto como: autoconciencia, autoestima, autoeficacia, y la relación que éstas tienen con el sentido de la calidad de vida de cada sujeto. Es así como el bienestar psicológico permite a los sujetos interpretar experiencias, manejar las emociones, y comportarse de acuerdo a la interpretación de la experiencia, lo que le permite tener un mecanismo de autorregulación ante situaciones adversas.

Por su parte, el tercero de los componentes de la definición de la OMS implica estudiar también el funcionamiento social óptimo de los individuos en función de su

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

compromiso y arraigo social o, lo que ha sido denominado como bienestar social por Keyes (1998), el cual propone cinco dimensiones que lo integran: coherencia social, aceptación social, actualización social, contribución social e integración social.

Integrando estos tres componentes, se ha planteado que la definición de salud mental positiva está conformada por el bienestar hedónico junto con los aspectos psicológicos y sociales del bienestar eudaimónico (Keyes, 2005; 2007), en tanto que suponen las evaluaciones subjetivas de los componentes básicos de la definición de la OMS (Westerhof & Keyes, 2008). Así, mientras que el bienestar hedónico coincide con el componente del bienestar en esta definición, el bienestar psicológico supone la evaluación subjetiva del funcionamiento individual óptimo y el bienestar social proporciona la evaluación subjetiva de un funcionamiento óptimo para una comunidad.

Dada esta conceptualización integral de la salud mental positiva, se plantea una cuestión de gran relevancia para el estudio de su relación con las manifestaciones psicopatológicas y con los trastornos mentales en una persona. Al respecto, el Modelo de Dual Continuo de la enfermedad y la salud mental Keyes, (2005) sostiene que ambos están relacionados, pero que sus dimensiones son distintas: mientras que uno de los continuos indica la presencia o la ausencia de salud mental, el otro refleja la presencia o ausencia de trastorno mental.

Este modelo cuenta con apoyo empírico en población adulta estadounidense (Keyes, 2005) holandesa (Westerhof & Keyes, 2008) y sudafricana (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger, & van Rooy, 2008), y con población adolescente (Keyes, 2006), además de otras evidencias (Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer 2008).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

En resumen, se encuentra evidencia en torno a la salud mental positiva, la cual no implica la ausencia de psicopatología, sino que por el contrario, funciona como un indicador adicional de salud mental. En este sentido, la salud mental positiva y la psicopatología suponen dos factores correlacionados, lo que refleja dos dimensiones de la salud mental. (Huppert & Whittington, 2003; Keyes, 2002; 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Weich, et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010).

Otro aspecto que se ha observado a nivel investigativo (Oramas, A; Santana, S & Vergara, A. 2006) es que las personas con mayor vulnerabilidad al estrés a su vez presentaban un alto bienestar psicológico, lo que sugiere que éste último actúa como un mecanismo protector para el sujeto respecto a la manera de enfrentar las demandas externas e internas. Igualmente, se observa que el bienestar psicológico actúa como un indicador de la salud mental general, lo cual sugiere que no debe haber una ausencia de síntomas para poder hablar de bienestar psicológico. Lo anterior se debe a que el funcionamiento del sistema de bienestar psicológico permite el desarrollo de capacidades, ayuda a la percepción de bienestar, satisfacción y felicidad, aún en los sujetos que presentan algún tipo de síntomas o que están pasando por un momento adverso. Además, el bienestar psicológico se comprende como un componente de autoprotección que ayuda a mantener la estabilidad y la percepción de control de las personas en este tipo de situaciones.

En otro de los antecedentes investigativos, Keyes (2005) diferenció a los individuos entre los que tenían o no trastorno mental y clasificó también la salud mental en las siguientes categorías: languishing (bajo nivel de bienestar subjetivo, psicológico y social), flourishing (alto nivel de bienestar subjetivo con nivel óptimo de bienestar psicológico y social) y

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

moderate mental health (ni lánguida ni floreciente). En sus hallazgos, se valida el modelo de dos continuos al observarse un grupo con salud mental lánguida sin experimentar enfermedad mental y un grupo con trastorno mental y un nivel moderado de salud mental. Otras pruebas de validez del modelo derivan de resultados de estudios donde las personas con salud mental completa (salud mental floreciente y sin enfermedad mental) funcionan peor en términos de enfermedad física, la utilización de servicios sanitarios, la productividad del trabajo y el funcionamiento psicosocial (Keyes, 2002; 2005; 2006; 2007). Además, el nivel de salud mental distingue el nivel de funcionamiento psicosocial entre los que tienen un trastorno mental, y no sólo entre quienes no lo tienen. Por tanto, las personas con salud mental floreciente que tienen un episodio de trastorno mental funcionan mejor que aquellos con la salud mental moderada, quien a su vez funcionan mejor que las personas con salud mental lánguida que tienen un episodio de trastorno mental.

Algunos hallazgos también mostraron que la salud mental positiva predice las tasas de trastorno mental y el riesgo depresivo (Grant, Guille & Sen, 2013), y que resulta protectora frente a todas las causas de mortalidad (Keyes & Simoes, 2012) y el fracaso académico de los universitarios (Keyes, Eisenberg, Perry, et al., 2012).

En cuanto a esta última población, un estudio realizado con estudiantes universitarios argentinos (Zubieta, 2008) mostró que el nivel de satisfacción con la vida y el bienestar psicológico es alto en esta población, y que el incremento de la satisfacción con la vida está asociado con el incremento de la autoaceptación, el dominio del entorno y los propósitos en la vida. Estos resultados se asocian en el estudio a las características de la muestra, la cual estuvo conformada por individuos jóvenes que gozan de la oportunidad de estar estudiando en la universidad. Por otro lado, García (2013) observó que estudiantes adultos españoles

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

(30-55 años) puntuaron significativamente más alto que los jóvenes (18-29 años) en autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, lo cual relaciona con cambios significativos en las tendencias motivacionales a lo largo del ciclo vital.

En cuanto a salud mental positiva a nivel local, en la Universidad de Antioquia específicamente, se realizó un estudio recientemente sobre la salud mental positiva en estudiantes universitarios (Serna, 2016) y se encontró que la mayoría de los estudiantes presentaron niveles altos en cada una de las seis características propuestas por el Modelo Multidimensional de Salud Mental Positiva de Lluich (1999) el cual evalúa: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, y habilidades de relación interpersonal.

Al revisar antecedentes sobre datos epidemiológicos se hallaron algunas investigaciones desde una perspectiva categorial de la psicopatología en estudiantes universitarios, estos datos fueron tomados ya que no se hallaron estudios desde una perspectiva dimensional. Baader (2014) quien realizó un estudio con 804 estudiantes de pregrado pertenecientes a la Universidad Austral de Chile (UACH), encontró que un 27% de los estudiantes cumple con los criterios diagnósticos para una depresión, un 10,4% estaría cursando con un trastorno bipolar, un 5,3% de los estudiantes tiene un riesgo moderado a severo de cometer suicidio; 24,2% de los estudiantes universitarios presenta un consumo problemático de alcohol y un 15,3% de la muestra tendría algún tipo de trastorno en la alimentación.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

En cuanto a estudios locales, (Valencia, Molina, A. Pareja, Galvis, A. & Montoya Arenas, D., 2014) obtuvo los siguientes resultados en una muestra de estudiantes de una universidad de Medellín; el 61.5% de los estudiantes evaluados no presentó ningún tipo de diagnóstico neuropsiquiátrico, sin embargo, el 10.3% presentó criterios de depresión mayor y el 10.3% riesgo de suicidio. Es de aclarar que la muestra estuvo compuesta solo por 39 estudiantes escogidos aleatoriamente, el cual correspondía a 13 % de la población total.

En otro estudio desarrollado en la ciudad de Medellín también se evaluó la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios (Hurtado, 2011), y se halló que el 70,6% de la población estudiada reportó haber presentado algún trastorno mental alguna vez en la vida, con mayor prevalencia los del estado de ánimo, seguido de los de ansiedad y los asociados al uso de sustancias no alcohólicas.

Teniendo en cuenta los diferentes estudios expuestos, y la escasa información encontrada sobre estudios realizados acerca de la relación entre indicadores de salud mental y enfermedad mental en estudiantes universitarios y en Colombia, en los que se relacionen de forma clara y definida estos constructos teóricos, se cuestiona si existe la posibilidad de que la población universitaria reporte un estado de salud mental completo, donde la ausencia de un trastorno no necesariamente sea predictor de la presencia de salud y viceversa; esto teniendo en cuenta factores como el sexo, la edad, condiciones sociales, factores sociodemográficos y culturales que influyen sobre las personas.

Examinar estos factores en grupos poblacionales, en este caso con población universitaria, contribuiría a evaluar empíricamente el modelo dual continuo el cual tiene como premisa que la salud mental y la enfermedad mental son diferentes fenómenos, pero

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

que a la vez están relacionados, dado que cada uno puede influir de manera significativa en el otro (Huppert & Whittington, 2003; Keyes, 2002; 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Weich, et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010).

De esta manera, el presente estudio pretende responder a la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación entre los indicadores de salud mental y dimensiones psicopatológicas en una muestra de estudiantes de la Universidad de Antioquia, según sus características sociodemográficas, académicas y psicosociales?

## 2. JUSTIFICACIÓN

Los seres humanos dentro de sus necesidades básicas, necesitan además del cuidado de su salud física y el cuidado de la salud mental, con el fin de que el desarrollo de la calidad de vida sea adecuado. Por tal motivo a nivel mundial los conceptos salud mental y psicopatología han aumentado su relevancia en cuanto resuelven cuestiones que van de lo macro estructural a lo individual que afectan lo económico, lo social y lo político. Por ello ha sido preciso definir de manera diferenciada conceptos como salud mental y psicopatología, ya que históricamente estos dos conceptos no habían tenido límites claros entre sí. De manera que es fundamental tener claridad entre la conceptualización de la salud mental y la psicopatología. Es a partir de allí que la Organización Mundial para la Salud comprende la salud mental actualmente como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2005, p.2).

Por su parte el campo que estudia los trastornos mentales; la psicopatología los define como: “ Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (DSMV, 2014, p.20). Todo lo anterior, con el fin de entender que la claridad entre estos dos conceptos es pertinente en tanto presenta lineamientos de acción a las instituciones que trabajan desde estos campos.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

El Estado colombiano no se ha quedado atrás y, por ello, ha planteado la salud mental como una mega meta para las décadas venideras (Ministerio de salud, 2015) y ahora es considerada un derecho fundamental, de prioridad e interés para la nación. Su relevancia social va en aumento y esto se refleja en la generación de leyes, encuestas, planes y programas estatales que apuntan a conocer mejor dichos constructos, como lo son la *Ley 1616 del 21 de enero de 2013* (República de Colombia - Gobierno Nacional, 2013), la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (Minsalud, 2015), y el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013), entre otros.

De hecho, la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, en el título III, artículo 7, dispone la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental para los colombianos. No obstante, aún se requiere más investigación en Colombia donde además de conocer la salud mental de los colombianos, se pueda analizar su relación con los problemas mentales o la psicopatología. Para ello, dicha ley dispone del artículo 39 que habla de la investigación e innovación en salud mental. Entre los asuntos que allí se nombran, se hace un llamado a las universidades públicas y privadas del país que posean carreras relacionadas con las áreas de la salud a que aporten a la generación de conocimiento en este campo.

En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y la carga que se muestra en estas poblaciones tiende a aproximarse a las que se han hallado en los países más desarrollados (Organización Panamericana de la Salud, 2009, p. 10). De acuerdo al anterior estudio, se tiene la expectativa de que “la atención a la salud mental desempeñe cada vez un papel más importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y los trastornos emergentes con componentes conductuales”

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM (Minsalud, 2015), la mayor parte de la población colombiana (69,7%) refiere tener un estado de “salud completa” de acuerdo a cada una de las dimensiones que esta encuesta nacional evaluó. Pensando esto en una escala de 1 a 80, la mayor parte de la población está por encima de 80 puntos. Sin embargo, 10 de cada 100 adultos presentan algún tipo de problema mental, lo cual lleva a generar preguntas, entre las cuales se enmarca el interrogante de cómo podrían estar relacionándose estos dos constructos de salud mental, problemas y trastornos mentales en la población.

En el contexto universitario, los estudiantes resaltan por ser una población que pueden variar en gran medida, por sus características de personalidad, estatus socioeconómico, preferencias, organización del tiempo libre y la manera en que lo usan, la influencia de los medios de comunicación, y su relación en su entorno social como familiares y amigos (García, García, Tapiero, & Ramos, 2012). Por ello, es de gran relevancia conocer la variabilidad de sus comportamientos.

Al respecto, también cabe mencionar que, si bien las universidades pueden actuar como entornos protectores para los estudiantes universitarios, también pueden producir el efecto contrario y acercar a los estudiantes a factores de riesgo que no encontrarían en otros contextos, lo que aumentaría el riesgo de tener afectación a nivel de su salud mental y psicopatología.

La Universidad de Antioquia en la actualidad no cuenta con un estudio específico en el que se indague por las relaciones entre la salud mental y la psicopatología de sus estudiantes, pero hay estudios realizados en otras universidades que brindan un precedente

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

sobre ambos paradigmas pero sin correlación. Es por tal motivo que surge el interés por indagar sobre la relación entre estas dos dimensiones.

Tras la búsqueda de antecedentes se halló un importante investigador de la salud mental y el bienestar social llamado Corey Keyes, el cual plantea que la salud mental no es sinónimo de ausencia de psicopatología al igual que la enfermedad mental no es sinónimo de falta de salud mental (2005). De este modo, esta investigación podría aportar información significativa para apoyar o cuestionar el modelo dual continuo en el contexto donde fue desarrollada esta investigación, y así poder ampliar los horizontes de comprensión de la salud mental y el trastorno mental en Medellín y en Colombia. Tal antecedente permite que una investigación que tome como referencia este cuestionamiento en Colombia sea viable.

Los resultados de estudio pueden aportar al Sistema de Bienestar Universitario de la Universidad de Antioquia a conocer con mejor detalle los indicadores de salud mental y dimensiones psicopatológicas de la población de 600 de sus estudiantes, los cuales hacen parte del Departamento de Psicología. Asimismo, se puede impulsar y orientar otros estudios con muestras de estudiantes de las demás unidades académicas y seccionales de la Universidad de Antioquia, apuntando a favorecer cada vez más la oferta y los servicios que dicha dependencia ofrece a los estudiantes universitarios. Esto teniendo en cuenta la propuesta de Lluch (2004) y Keyes (2010) la cual es diferente a la hora de investigar salud mental, dado que la tendencia habitual es investigar e intervenir población clínica. Sin embargo estos autores plantean que hay que promover la salud y trabajar con personas mentalmente sanas con el objetivo de fortalecer en estas personas sus recursos psicológicos para así poder ser activos y funcionales en sus contextos. De este modo, se justifica el hecho de investigar los indicadores de salud mental y dimensiones psicopatológicas en una

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

población universitaria, la cual no es una población clínica y la cual se “presupone mentalmente sana”.

Por su parte, al Departamento de Psicología puede proporcionarle datos actualizados sobre las condiciones de sus estudiantes de pregrado, visibilizando los cambios que se presentan por cohortes y sexo, así como ajustar la oferta de servicios de Bienestar Universitario de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas a nivel de la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad. Se podría hacer una focalización de determinados servicios en las cohortes que presenten indicadores y dimensiones más significativos y que puedan ser de alarma en términos de atención primaria. Del mismo modo, los estudiantes se podrán preparar para el mundo laboral cuando lleguen al periodo de prácticas o a su titulación, entre otros.

Puede también situar un precedente significativo a la hora de realizar un futuro estudio que indague sobre la relación entre indicadores de salud mental y dimensiones psicopatológicas con población clínica.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, este estudio facilitará obtener nuevos avances en conocimientos empíricos y metodológicos acerca de los indicadores de salud mental y dimensiones psicopatológicas y la manera en que estos dos grandes y complejos constructos se relacionan o no, de modo que éste podría ser un punto de partida para la elaboración de constructos hipotéticos y descriptivos a someterse en investigaciones posteriores con poblaciones de grupos etarios más amplios. Dichos estudios se podrían continuar realizando por el Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva, en su línea en Psicología de la Salud.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Además de ello, podría ser un precedente para analizar la investigación y sistematización a nivel nacional, departamental y local de los estudios con los que se cuentan y que han investigado la salud mental y la psicopatología pero que no han indagado sobre una posible correlación entre estos dos constructos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Examinar las relaciones entre determinadas dimensiones psicopatológicas y de discapacidad y algunos indicadores de bienestar subjetivo, psicológico y social en una muestra de estudiantes universitarios de psicología.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características socio-demográficas y académicas de la muestra de estudio.
- Establecer los indicadores de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo) y de bienestar psicológico y social en la muestra de estudio, según sexo y cohorte.
- Explorar las relaciones entre los indicadores de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo) y de bienestar psicológico y social en la muestra de estudio, según sexo y cohorte.
- Determinar las dimensiones psicopatológicas y de discapacidad en la muestra de estudio, según sexo y cohorte.
- Explorar las relaciones entre las dimensiones psicopatológicas y de discapacidad, y los indicadores de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo) y de bienestar psicológico y social en la muestra de estudio.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Aproximaciones conceptuales a la salud mental y la psicopatología

La salud mental y la psicopatología son dos constructos tan amplios y complejos, que hay que tener siempre presente que están altamente influenciados por diversos ámbitos como el social, el político, el económico, el clínico y el salutogénico, entre otros. Dada esta complejidad a nivel conceptual de ambos términos, se requiere revisar y aclarar las diferentes acepciones derivadas de los conceptos para delimitarlos de manera específica.

En relación a la psicopatología, se ha observado que en la actualidad existe una gran cantidad de evidencia científica tan numerosa y diversa que, de acuerdo a Hernández (2013), ha hecho que los postulados “clásicos” o tradicionales de la psicopatología basados en la anormalidad o patología resulten insuficientes y que se superen los criterios sobre los que se sostenían estos supuestos “básicos”. Esta numerosa producción de investigación ha generado paradójicamente una especie de “crisis” dentro de la psicopatología y, por tal motivo, el definir el concepto de la psicopatología puede resultar una tarea compleja en la actualidad.

A esta dificultad para definir el concepto de psicopatología se le ha denominado *indeterminación conceptual* (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 35) lo cual, según los propios autores, puede ser resultado de la falta de criterios ampliamente compartidos sobre el concepto de “lo psicopatológico”. Por otro lado, es importante tener presente que para concebir la psicopatología se hace necesario contemplar su historia marcada por modelos, escuelas y paradigmas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008) y que, lo que se sabe de psicopatología en la

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

actualidad, es a su vez el resultado de problemas que datan de hace muchos siglos y que han contado con un gran nivel de complejidad en cada época.

En relación a la salud mental, la primera definición de salud, la cual fue propuesta por la OMS, (1948), supuso un avance en la identificación y delimitación del término, a la vez que incluyó dicho componente mental a la comprensión de la salud general. Específicamente, la salud se definía por la OMS como: “un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, lo cual marcó un cambio de paradigma dirigido a la promoción y protección de la salud física y mental del ser humano que, si bien no estuvo libre de críticas, permitió vislumbrar que la salud tenía un componente mental y que no sólo hacía referencia a las afecciones o a la enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, la OMS (2004) destaca de esta primera aproximación conceptual tres elementos importantes que, para la época, suponían un avance significativo: primero, la inclusión de la salud mental como un componente integral de la salud; segundo, el considerar que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad; y tercero, que la salud mental está íntimamente ligada a la salud física y comportamental.

En la actualidad, este concepto de salud mental ha ido evolucionando a lo largo de los años y ha sido definido de manera específica por la OMS (2005), como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (p. 2).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

A partir de esta definición, se puede identificar que la salud mental está claramente relacionada con el concepto de bienestar, lo cual marca una pauta para desarrollar una comprensión más precisa del término y reconocer que ni la salud mental ni física se presenta la una sin la otra en las personas. No obstante, no se puede olvidar que la misma OMS reconoce que la salud mental puede ser conceptualizada sin restricciones en su interpretación a través de cada una de las culturas, dado que este concepto depende de las particularidades de las distintas naciones, clases, géneros y razas (OMS, 2004). En este sentido, es importante tener presente que la sociedad mantiene unas ideas con las cuales concibe lo que es la salud mental, y que éstas mismas ideas determinan cómo considerar cuando hay carencia o ausencia de la misma (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008). Por lo tanto, estas ideas van a impactar de manera importante en la comprensión de los modelos y criterios de la misma psicopatología.

De manera relacionada, se ha planteado también recientemente que tanto el funcionamiento físico, mental y social son interdependientes, e incluso que la salud y la enfermedad pueden coexistir.

## **4.2. Salud mental y bienestar**

### **4.2.1. Desarrollo histórico del concepto de bienestar**

A lo largo de la historia, siempre ha habido un fuerte interés por comprender a qué hace referencia el bienestar en el ser humano y cuáles son las causas que permiten que una persona pueda vivir bien o tener bienestar (McMahon, 2006).

Las primeras aproximaciones históricas sobre este concepto se encuentran en la filosofía, en la época clásica. Posteriormente, otras disciplinas como la economía, la política, la medicina social y algunas ciencias sociales, junto con la psicología, han ido desarrollando diferentes acepciones acerca de lo que se concibe como bienestar desde cada una de las perspectivas.

En relación a la psicología, el concepto de bienestar aparece tardíamente debido principalmente a la influencia del modelo médico sobre esta disciplina, el cual ha orientado la disciplina hacia el estudio de fenómenos de corte “negativo”, orientados al malestar, al dolor y el estado psicopatológico de las personas (Del Valle, Hormaechea, & Urquijo, 2015).

Según Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald (2000):

En la psicología el énfasis en los estados psicológicos positivos, como protectores de la salud física y mental, y especialmente la relación existente entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades solo se ha comenzado a estudiar en las últimas dos décadas (p. 99).

Hoy han pasado ya casi cuatro décadas desde los inicios del interés en el bienestar desde la disciplina psicológica y, aunque han aumentado considerablemente los estudios sobre este tema, aún sigue siendo un campo pendiente de profundizar por parte de esta disciplina.

En todo caso, las concepciones filosóficas clásicas han sido retomadas por las diferentes disciplinas para los desarrollos posteriores y más actuales y, por ello, se requiere revisar tales fundamentos filosóficos para una mayor comprensión del constructo de bienestar en la actualidad.

#### **4.2.1.1. La concepción aristotélica del bienestar: bienestar eudaimónico**

El filósofo Aristóteles cuando habla de la ética o la política, se refiere de uno u otro modo también al bienestar, a través de diversas aproximaciones. En su escrito *Ética Nicomaquea* (Aristóteles, trad. en 1873) habla de los bienes y los tipos de bienes que una persona puede tener, que son: bienes externos, bienes del cuerpo y bienes del alma o psíquicos. Además de esto, plantea que es necesario que una persona cuente con cada uno de estos tipos de bienes para ser una persona “*dichosa*” o con bienestar total, jerarquizándolos y poniendo en lo alto de la pirámide los bienes del alma, luego los bienes del cuerpo y, finalmente, los bienes externos (Aristóteles, trad. en 1873).

Aunque Aristóteles no lo nombra de esta manera, Valdés (1991) identifica que la tenencia de algunos de estos tipos de bienes daría lugar a unos tipos de bienestar, los cuales serían: el bienestar exterior o material, el bienestar corporal (es decir, salud y belleza física), y el bienestar interior o anímico. Según este autor, estos tres se pueden dar el uno sin el otro,

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

aunque retomando a Aristóteles y su jerarquización de bienes, éste da prioridad al del alma humana, el cual se podría destacar entonces como el bienestar más valioso, de acuerdo a sus postulados. Esta acepción de bienestar, según Valdés (1991) supone la eudaimonia o auténtico bienestar, que es particular en los humanos.

No obstante, Aristóteles reconoce que la felicidad y el bienestar reclaman bienes exteriores, y que resulta sumamente complejo para una persona que carezca de recursos poder hacer acciones nobles que lo dotan de ese bienestar interior: “No sería precisamente feliz quien tuviera un aspecto repugnante, o fuese de linaje vil, o solitario y sin hijos, y menos aún aquel cuyos hijos o amigos fuesen del todo perversos, o que siendo bueno viniesen a fallecer” (Aristóteles, trad. en 1873).

En síntesis, la actividad racional, que es propia del hombre, dice Aristóteles, puede conducir al verdadero bienestar humano y que la única manera de lograr esto es mediante la práctica virtuosa. En palabras de Valdés (1991) esto significa que:

Es mediante el hábito de actuar racionalmente en las distintas esferas de la vida. Solo esta manera de actuar nos llevara a elegir lo que realmente vale la pena elegir y a desear lo verdaderamente deseable, es decir, lo que nuestra razón, no nuestro apetito, nos presenta como deseable. (p. 71).

Valdés (1991) también destaca varios rasgos del bienestar aristotélico que vale la pena mencionar:

- Para atribuir bienestar a una persona hay que tener en cuenta qué hace y cómo lo hace. Hay que fijarse en los comportamientos de la persona y en cómo funciona en el medio.
- La felicidad (o bienestar) no consiste en la consecución de placeres ni en la posesión de ningún objeto o bien externo y material. Es cuando la persona se hace un carácter de realizar acciones virtuosas con el hábito de actuar racionalmente.
- La acción supone la realización de deseos por parte del agente, así que la virtud, lejos de causar malestar o sufrimiento en la persona, resulta placentera para la persona.
- La felicidad (bienestar) es estable, no tiene el carácter de ir y venir; ni es como el placer que es limitado y su duración no se prolonga, como sí lo puede hacer el bienestar.

#### **4.2.1.2. El bienestar estoico**

Desde la filosofía estoica, también se ha postulado que se puede llegar a vivir con bienestar a través de una vida virtuosa. Sin embargo, plantean que nada de lo que ocurre en el ambiente y que se encuentra fuera del control de las personas tiene un valor en sí mismo y que lo único bueno o malo es el estado de ánimo con el que se reciben los acontecimientos. Es decir, lo que prima es lo intrínseco, lo interno, mientras que lo que sucede afuera es en cierto modo determinante. En este sentido, lo importante es comprender a través de la razón que todo lo que acontece responde a una ley que rige la naturaleza y que contiene un carácter de

supremacía, por lo que lo mejor que pueden hacer las personas es someterse a ésta de buen grado.

De acuerdo a Valdés (1991), la concepción estoica acierta en darle un énfasis y protagonismo al aspecto interior del bienestar, porque éste, inevitablemente, tiene que ver con la manera en la que la persona se encuentra interiormente. En el estoicismo, se promulga la pasividad, es decir, vivir sin deseos ni temores y procurar por mantener un estado de ánimo estable, que no se perturbe por los imprevistos de la vida diaria.

#### **4.2.2. Perspectivas psicológicas sobre el bienestar**

En la actualidad, se ha reducido el matiz filosófico de la investigación por el bienestar y se volcado por ser un concepto de mucho interés por disciplinas como la economía, las ciencias políticas, la psicología y el campo de la salud pública, las cuales han mostrado interés por conocer cuáles son los factores que determinan el bienestar general de los ciudadanos y cómo podría favorecerse políticamente por parte de los estados (Muñoz, 2007).

Una de las perspectivas de mayor desarrollo en la conceptualización del bienestar ha sido la económica, la cual se ha interesado por el estudio de variables de carácter objetivo, tales como: los ingresos económicos de las personas, el producto interno bruto (PIB), la inflación, y el índice de desempleo, entre otras variables (Muñoz, 2007). Frente a ésta, la perspectiva psicológica se ha dirigido más a indagar sobre dimensiones no tan objetivas sino sobre en aquellas características relacionadas con el bienestar subjetivo (Muñoz, 2007).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Resulta destacable mencionar que, desde la psicología, se han desarrollado aproximaciones científicas al bienestar, partiendo de las corrientes filosóficas clásicas, lo cual le da un carácter empírico que puede resultar crítico con los conceptos previos y desde otras disciplinas. En este sentido, algunos autores como Vásquez & Hervás, (2009) han denominado a estos desarrollos como la “ciencia del bienestar”.

En este sentido, la investigación acerca del bienestar desde la psicología se ha orientado a formular investigaciones fundamentadas en las dos corrientes filosóficas principales: el bienestar psicológico o *psychological well-being* y el bienestar subjetivo o *subjective well-being* (Ryff & Keyes, 1995). Otros autores identifican las tradiciones de investigación sobre el bienestar de manera distinta, clasificándolas como la tradición de la felicidad (tradición hedónica) y otra en relación al desarrollo potencial de la persona (tradición eudaimónica) (Muratori, Zubieta, Ubillos, & Gonzáles, 2015).

A continuación, se presentan los principales desarrollos teóricos e investigativos de la psicología acerca del bienestar, desde estos fundamentos filosóficos clásicos.

### **4.2.2.1. El Bienestar subjetivo**

En este apartado se retoma lo planteado por el bienestar hedónico o estoico, el cual ancla sus raíces en filósofos griegos como Epicuro y, posteriormente, en Hobbes, Sade, en filósofos del utilitarismo de la economía del siglo XVIII y, luego en las décadas de los sesentas y setentas, en las encuestas de calidad de vida. Desde esta perspectiva, el bienestar hace referencia a los sentimientos de felicidad, satisfacción e interés en la vida y ha sido denominado esencialmente como bienestar emocional (Keyes, 2007) o como bienestar subjetivo cuando

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

incluye dos componentes en diferentes marcos temporales: el balance afectivo de la experiencia inmediata (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de las emociones negativas) y la satisfacción vital percibida (más estable en el tiempo y de naturaleza cognitiva).

Ed Diener, docente de psicología de la universidad de Illinois, ha investigado ampliamente el bienestar subjetivo. Él, junto a su equipo de trabajo, lo ha definido como “una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida”. (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

La anterior definición es considerada como una de las más completas desde la teoría psicológica y coincide con la postura de muchos autores que se han acercado a este concepto (Muñoz, 2007).

De acuerdo a esta conceptualización, dentro de la categoría de afecto entrarían los estados de ánimo y las emociones, las cuales representan las evaluaciones en acción de los eventos de la propia vida de las personas. Por un lado, el afecto se clasificaría como positivo (egosintónico o placentero) y negativo (egodistónico o displacentero o malestar psicológico).

Por otra parte, otros autores como Ruut Denhoven (1990) definen el bienestar subjetivo como “el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos, es decir, en qué medida la persona está a gusto con su vida” (p.2). Él prioriza los componentes tanto afectivos como cognitivos, de modo que a nivel cognitivo la persona tendrá una valoración de su nivel de satisfacción con la vida en términos de sus

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

metas a futuro, mientras que a nivel emocional lo que evaluaría si la persona considera haber tenido más experiencias placenteras que desgraciadas, aunque objetivamente en ocasiones no sea así, y así la persona percibirá su vida como agradable y positiva (Muñoz, 2007).

Cabe también resaltar que las primeras investigaciones realizadas sobre el bienestar subjetivo se volcaron principalmente hacia aspectos externos que, de un modo u otro, favorecen el bienestar objetivo o *welfare*. Por lo tanto, cuando se habla de *welfare* se refiere a unas determinadas características que se relacionan directamente con la perspectiva económica de la investigación en bienestar que anteriormente se mencionó, involucrando conceptos tales como nivel de vida o calidad de vida. El *welfare*, por lo tanto, se ubica más dentro de un marco de bienestar social y bienestar económico, al involucrar esos aspectos económicos, sociales y políticos que intervienen en el bienestar de la población.

Muñoz (2007) también plantea, como también se ha podido ver anteriormente, que el concepto de bienestar subjetivo está altamente ligado de manera intrínseca con otros conceptos, especialmente a los de felicidad y calidad de vida, por lo que es menester, si se quiere investigar y trabajar con uno de estos conceptos, definir y delimitar adecuadamente cada uno, de modo que sea plausible operacionalizarlos y servirse correctamente de ellos para la investigación.

Revisando lo mencionado por los autores mencionados, existen entonces unos determinantes psicológicos del bienestar subjetivo que valen la pena mencionar:

- *Características de personalidad*: la personalidad y el temperamento influyen substancialmente sobre el bienestar subjetivo de la persona (Diener, Suh, Lucas,

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

& Smith, 1999). Los rasgos de personalidad que más se han investigado y que cuentan con mayor soporte teórico y empírico son la extraversión y el neuroticismo. El primero influencia el afecto positivo, y el segundo, el afecto negativo. Sin embargo, hay otras variables que pueden estar involucradas como la predisposición genética. Diener (1999) menciona que el bienestar subjetivo podría ser heredable en un 80%.

- *Autoestima, optimismo y autoeficacia*: A mayor nivel de cada una de estas disposiciones, mayor bienestar subjetivo (Muñoz, 2007).
- *Orientación al logro de metas*: las metas están altamente mediadas por la cultura, deben ser congruentes con ésta y valoradas culturalmente.
- *Capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento*: la adaptación o habituación de los individuos a sus condiciones de vida es fundamental para poder abordar e identificar el bienestar subjetivo en ellos (Muñoz, 2007).

En conclusión, Diener (1999), quien, como se ha mencionado, es un autor clave en la investigación sobre bienestar subjetivo, ha identificado que los factores psicológicos tienen una influencia mucho mayor a la hora de explicar la variabilidad del bienestar subjetivo en comparación con los factores externos, quienes muestran que tienen un efecto considerablemente menor a la hora de explicar la variabilidad de este concepto, sin ignorar que es fundamental y siempre necesaria considerar dichos factores externos para poder comprender adecuadamente este fenómeno.

#### 4.2.2.2. El Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico se define como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo (Díaz, 2006). Es decir, consiste en la evaluación del funcionamiento óptimo que hace la persona, lo cual se ha ligado a la tradición eudaimónica.

Desde este concepto de bienestar, es necesario considerar la etapa de desarrollo (los retos particulares que vive y los recursos que tiene y utiliza para sobrellevarlos), en la que se encuentra la persona, apuntando a una mirada integral (Ryff & Singer, 2008). Así, se puede identificar un interés por el desarrollo personal de los individuos, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales y cómo lograr y culminar metas en el bienestar psicológico (Ryff, 1989).

El modelo multidimensional de Ryff ha estudiado ampliamente el concepto anteriormente mencionado, y ésta fue la primera investigadora en proponer un modelo multidimensional que operacionaliza el concepto de bienestar psicológico (Muratori, Zubieta, Ubillos, & Gonzáles, 2015). Al respecto, es importante tener presente que la “mirada multidimensional nos permite ver interacciones entre las dimensiones, tal y como ocurre en la vida cotidiana de las personas” (Rosa & Quiñonez, 2012, p. 11).

El modelo de Ryff contiene seis dimensiones en un continuo positivo-negativo de evaluación de la percepción del propio individuo, como dice Rosa y Quiñonez (2010): “facilitando una comprensión del individuo desde una perspectiva del funcionamiento global” (p.11).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Las dimensiones que se incluyen en el modelo son las siguientes:

- *Autoaceptación:* se trata de contar con una actitud positiva hacia sí mismo y hacia lo que ha hecho en el pasado, además de aceptar sus particularidades buenas y malas que tiene como persona.
- *Autonomía:* autorregulación, independencia y autorregulación de las conductas. A partir de éste, la persona puede resistirse a las presiones sociales y evaluarse a sí mismo de acuerdo a los parámetros que ha elaborado a lo largo de su desarrollo, para lograr así un funcionamiento autónomo.
- *Crecimiento personal:* desarrollar el propio potencial enfrentando nuevos retos acordes a su etapa del ciclo vital, conociéndose a sí mismo identificando sus propios cambios en el transcurrir del tiempo.
- *Propósito en la vida:* intencionalidad y direccionalidad de las metas que la persona tiene, otorgar sentido a las experiencias pasadas y presentes y visionar el propósito de su propia vida.
- *Relaciones positivas:* es la posibilidad de generar vínculos seguros y consistentes con las otras personas, sintiendo empatía, afecto e intimidad, a fin de identificarse, comprender y mantener relaciones profundas con los otros.
- *Dominio del entorno:* elegir o crear ambientes donde pueda satisfacer necesidades. A través de las actividades físicas y mentales, se permite una influencia y una sensación sobre el contexto y ambiente que le rodea.

Cada dimensión no se desarrolla al mismo ritmo que las demás, dado que esto depende del proceso de desarrollo y maduración del individuo. Por tal motivo, la persona

puede identificar dimensiones que tiene ampliamente desarrolladas mientras que a otras aún carezcan de un desarrollo significativo (Rosa & Quiñonez, 2012). Igualmente, es posible que esto puede fluctuar, y las que en algún momento el individuo las percibió como desarrolladas, en un momento posterior de su ciclo vital sienta que ya no lo están. Como plantea Rosa & Quiñonez (2012): “el bienestar psicológico no puede limitarse a una mirada lineal, lo que implica un movimiento cíclico impactado por las etapas de desarrollo humano”. (p.11).

#### **4.2.2.3. El Bienestar Social**

El bienestar social se entiende como “la valoración que hacemos de las circunstancias y la valoración que hacemos dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p. 122).

En relación a éste, el investigador Eric Allardt es uno de los que más ha defendido su posición frente a la importancia de este concepto. Al respecto, él dice que dicho concepto “permite una consideración más completa de las condiciones necesarias para el desarrollo humano” (Allardt, 1996, p. 127). De acuerdo con este autor, este concepto implica importantes ámbitos de la vida humana como: el tener (el que la persona posea las condiciones necesarias para existir), el ser (que la persona pueda integrarse en sociedad y armonizar con el ambiente) y el amar (poder relacionarse con otros seres humanos y formar identidades sociales).

En este sentido, el bienestar social es posible entenderlo de acuerdo a las siguientes dimensiones planteadas por Keyes (1998, p. 122):

- *Integración social*: definida como “la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad”.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

- *Aceptación social*: definido como el “estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad”. Según Blanco & Díaz (2005) dicha pertenencia cumpla a su vez con dos cualidades: primero, confianza, aceptación y actitud positiva hacia los otros; y segundo, aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
- *Contribución social*: es el sentimiento de sentirse útil, de acuerdo con “que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo”.
- *Actualización social*: consiste en “confiar en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y desarrollo, en su capacidad de producir bienestar”.
- *Coherencia social*: esta dimensión se puede entender como “percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse por lo que ocurre en el mundo”.

En conclusión, el planteamiento del concepto de bienestar social describe los aspectos interpersonales de la salud mental, el cual se refiere en términos generales, a la valoración que las personas hacen de las circunstancias y a su propio funcionamiento dentro de la sociedad (Blanco & Diaz, 2005).

### **4.3. Psicopatología**

La psicopatología, en esencia, se define como el estudio de la conducta anormal (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 63). No obstante, en la actualidad no existe un acuerdo unitario sobre qué es lo que se considera un criterio de anormalidad, dado que existen múltiples maneras entenderlo: desde lo estadístico, lo social, lo subjetivo, lo biológico y lo funcional.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Dadas sus diferentes consideraciones, no se puede asumir que ninguno por separado resulta suficiente para tomarlo como referencia a la hora de identificar el objeto de la psicopatología.

Por lo tanto, autores como Belloch, Sandín, & Ramos (2008, p. 64), han propuesto lograr un acercamiento metodológico multidisciplinar a la definición de la psicopatología, teniendo en cuenta los diversos criterios (estadísticos, sociales e interpersonales, subjetivos e intrapsíquicos, y biológicos) y diversos modelos teóricos, el cual, aunque supone un acercamiento que puede resultar útil y válido a su conceptualización, aún sigue siendo una propuesta a desarrollar, dada la complejidad epistemológica que acarrea este constructo.

### **4.3.1. Conceptos y criterios de la psicopatología**

En esencia, se requiere reconocer cada uno de los criterios y los modelos asociados que se han desarrollado tradicionalmente para comprender la diversidad de psicopatologías que pueden presentar las personas y es por ello que, a continuación, se describen los cuatro criterios principales (estadísticos, sociales e interpersonales, subjetivos e intrapsíquicos, y biológicos) con los que se ha definido la psicopatología, referenciados por Belloch, Sandín & Ramos (2008).

#### **4.3.1.1. Criterio estadístico de la psicopatología**

El principio fundamental del criterio estadístico argumenta que la psicopatología es un rasgo de personalidad, una capacidad intelectual, un comportamiento que se encuentra por fuera de la norma, que se aleja de la normalidad. Dicha normalidad está medida a partir de la

distribución normal de la población de referencia, que define cuáles son las variables psicológicas que cada persona debe tener.

Desde esta perspectiva, la psicopatología no se relaciona únicamente con la frecuencia de un comportamiento sino que se asocia al grado en el que éste se presenta. Así, un comportamiento normal puede estar presente de manera excesiva o escasa, lo cual estaría saliéndose de los límites de normalidad. Es por ello que, desde el criterio estadístico, hablar de psicopatología sería definir la conducta de una persona como poco representativa de un grupo social de referencia (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 37).

#### **4.3.1.2. Criterios sociales e interpersonales de psicopatología**

Desde este criterio, se plantea la psicopatología como una cuestión de normatividad social o de consenso social logrado en un contexto específico. A lo anterior se le denominó psicopatología consensual (Sullivan, citado por Belloch, Sandín, & Ramos, 2008) y, de manera relacionada, la investigación transcultural ha mostrado que lo que en un contexto cultural, social o histórico se considera normal, en otro contexto puede ser patológico. Así, la medida que una persona logre adecuarse al rol social y personal al que debe adscribirse, se constituye en un marco de referencia importante que delimita la normalidad. Por ello, para lograr entender el inicio y el mantenimiento de algunos comportamientos anormales desde el criterio social de la psicopatología, es necesario examinar la relación existente entre las contingencias ambientales que modifican el comportamiento y la actividad mental, en el contexto social.

#### **4.3.1.3. Criterios subjetivos o intrapsíquicos de la psicopatología**

Este criterio se describe como las manifestaciones verbales y comportamentales que hace el propio individuo acerca de su propio estado anímico o físico. Puede verse manifiesto a través de quejas relacionadas con dificultades para afrontar un problema, comportamientos incapacitantes o la búsqueda de ayuda de un profesional (Maher, 1976, como se citó en Belloch, et al, 2008, p. 38). Sin embargo, el que una persona manifieste dificultades relacionadas con su afectividad, comportamiento y estado físico no es por sí mismo un predictor de psicopatología. Es decir, que este criterio resulta insuficiente, en tanto un individuo no siempre está en capacidad de darse cuenta cuando un problema puede estarse constituyendo en psicopatología.

No obstante, la información que los individuos dan sobre su estado es indispensable para determinar si la persona presenta o no anormalidad en su comportamiento, en relación a otros criterios de la psicopatología (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 38).

#### **4.3.1.4. Criterios biológicos de la psicopatología**

Este criterio resalta por la amplia variedad de disciplinas que se encuadran en él, como lo son: la genética, la neurología, la bioquímica, la inmunología y la fisiología, entre otras. Sin embargo, todas estas coinciden al considerar los criterios biológicos de la psicopatología como “la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, bien de la estructura, bien del proceso biológico que la sustenta” (Canguilhem, 1971, p. 137).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Al respecto, hay claridad de que si se identifica la presencia de una etiología orgánica, puede utilizarse el término genérico de “enfermedad mental” para caracterizar el trastorno. No obstante, la investigación ha reportado el cuidado que se debe tener con ello, dado que la presencia de una etiología orgánica no necesariamente podría llevar a descartar la presencia de factores psicológicos o sociales. En este sentido, debe tenerse especial cuidado en no caer en dicha dicotomía y, al respecto, la tendencia a actuar es reconocer su complementariedad desde un modelo biopsicosocial, como explicación de la naturaleza humana (Belloch, Sandín & Ramos, 2008. p. 40).

### **4.3.2. Modelos de la psicopatología**

A continuación, se describen algunos de los modelos más tradicionales desde los que se ha comprendido los fenómenos psicopatológicos.

#### **4.3.2.1. Modelo biológico de la psicopatología**

También denominado como modelo biomédico, fisiológico o neuropsicológico. Desde este modelo, se entiende como postulado principal que cualquier trastorno mental es una enfermedad. Por lo tanto, este modelo apunta en sus tratamientos a las anormalidades orgánicas identificadas, dado que éstas son las que generan esta condición de enfermedad mental en el individuo (Belloch, Sandín & Ramos, 2008, p. 41).

Dicho modelo se consolidó a partir de los años cincuenta, gracias al desarrollo y uso de distintas drogas psicotrópicas, las cuales se mostraron altamente eficaces para diversos trastornos mentales (Belloch, Sandín & Ramos, 2008, p. 44).

#### **4.3.2.2. Modelo categorial y médico de la psicopatología**

A partir del modelo categorial de la psicopatología, se han desarrollado dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales: por un lado el DSM-IV- TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; American Psychiatric Association, 2001) y la Clasificación Internacional de enfermedades ICD-10 (International Classification of Diseases; World Health Organization, 1993). Estos manuales parten de un modelo taxonómico y médico que agrupa una serie de síntomas y signos en una categoría diagnóstica, y que clasifica los trastornos como condiciones cualitativamente discernibles entre ellas (Hernández, Palacio, Freyre, & Alcázar, 2011). Es decir, el sistema categórico se caracteriza principalmente porque los elementos propios de una categoría no deben coincidir con los elementos de otra categoría, siendo cada grupo exclusivo y diferente en sus características principales. Por ello, el enfoque categorial de clasificación suele ser indicado en los casos donde el diagnóstico tiene límites claros y diferenciadores, y cuando una clase diagnóstica es excluyente de la otra. Por otra parte, se utiliza el término comorbilidad para aquellos casos en los que una persona puede ser diagnosticada simultáneamente de varios trastornos.

Desde la versión DMS-IV del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatry Association, 2001), la conceptualización del trastorno mental que subyace a este sistema lo define como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Desde este sistema de clasificación y, con independencia de su causa, debe considerarse un trastorno como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. De esta forma, ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Con la llegada de la actualización del DSM-V (American Psychiatry Association, 2014) dicha definición de trastorno mental sufre algunas modificaciones, planteándose de la siguiente manera:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa, del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. (p.20).

Desde esta evolución conceptual, se plantea que un trastorno no sólo se define por sus manifestaciones sino que implica la disfunción de procesos básicos que están relacionados con las mismas, y que no tienen un origen únicamente orientado a lo biológico.

Además, gracias a la apreciación de clínicos que evaluaron su viabilidad y utilidad clínica, los estudios de campo han permitido exponer los diagnósticos propuestos del DSM-V y las medidas dimensionales. Al respecto, se prevé que los estudios en investigación básica y clínica del futuro se centrarán en la validación de los criteriosos diagnósticos categóricos

revisados y en las categorías dimensionales de estos trastornos. (American Psychiatric Association, 2014)

#### **4.3.2.3. Modelo dimensional de psicopatología**

El modelo dimensional de la psicopatología surge como alternativa al modelo categórico dado que se identificó que, si bien el modelo categorial resulta ser más práctico, también ha generado la aparición de más y nuevas categorías clínicas, lo que implica un problemático fenómeno de alta comorbilidad entre trastornos presentados por una misma persona y, consecuentemente, importantes dilemas diagnósticos. Dicho esto, el modelo dimensional supone una alternativa consistente para la descripción de los trastornos mentales a partir del establecimiento de un conjunto de dimensiones básicas que hacen énfasis en la gravedad del trastorno, permitiendo así disminuir el número de categorías diagnósticas. Según Sandín, Chorot, & Valiente (como se cita en, Clark et al., 1995) un sistema de clasificación dimensional suele incluir una estructura jerárquica, con dimensiones más generales (factores de orden superior) y factores más específicos, proporcionando así diferentes tipos de información

El modelo dimensional centra su atención en la identificación y medición de las diferencias de los fenómenos psicológicos, es decir, se evalúa a la persona a partir de las dimensiones notables posibilitando una descripción del fenómeno en términos cuantitativos y graduales. Así, puede describirse la presencia de un trastorno mental en términos de gravedad, número de síntomas, intensidad y variedad.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Referente al constructo teórico planteado desde el modelo dimensional de la psicopatología se entiende que el comportamiento humano parte del diálogo entre factores biológicos, ambientales y psicológicos; de forma que el comportamiento parte de la complejidad en la interacción de diferentes variables que afectan a la persona.

Desde esta perspectiva, la psicopatología supone una desviación cuantitativa de la normalidad que se manifiesta de forma diferente en cada persona. Autores como Bagby, Costa, Widiger, Ryder y Marshall (2005), Widiger y Samuel (2005) y Widiger (2007), han concluido que, más que entidades separadas y claramente discernibles entre ellas, la normalidad y la anormalidad forman parte de un mismo fenómeno que corre a lo largo de un continuo (Hernández, Palacio, Freyre, & Alcázar. 2011).

El modelo dimensional realiza así formulaciones amplias de cada diagnóstico, por lo que pone su atención en entender las causas que explican la adquisición y mantenimiento de un problema. Es decir, en este modelo se evalúa la historia de la persona y sus interacciones con el ambiente a lo largo de su ciclo vital, y se formulan los casos mediante hipótesis de trabajo que permiten explicar el desarrollo de la historia de la problemática de la persona que se vincula a la experiencia y las posibles vulnerabilidades biológicas que afectaron en el pasado y que repercuten en el presente. De esta forma, se retoman las manifestaciones iniciales que ya anunciaban problemas a futuro en la vida de la persona y se proponen los factores de riesgo que desempeñaron un papel en su problemática. (Hernández, Palacio, Freyre, & Alcázar, 2011).

#### **4.3.2.4. Modelo conductual de psicopatología**

El modelo conductual se desarrolla como una teoría alternativa al modelo médico y como un nuevo paradigma de la psicología clínica, que surge a partir del avance de las teorías del aprendizaje, las cuales aplican principios del condicionamiento clásico y operante al control de la conducta anormal. Desde este modelo, se hace referencia a la conducta psicopatológica como el resultado de hábitos desadaptativos que fueron condicionados a algún estímulo, presuponiendo que éstos son los que constituyen la conducta anormal y los síntomas clínicos. En este caso, se rechaza el concepto de enfermedad mental y se plantea que, ante una conducta anormal, lo que ocurre es patrón de condicionamiento disfuncional de la conducta.

En este sentido, la propuesta que este modelo desarrolla para el diagnóstico se realiza desde la funcionalidad de las conductas y rechaza el diagnóstico categorial, pues plantea que la clasificación de la conducta anormal debe hacerse de acuerdo a dimensiones que se miden de manera cuantitativa, y donde las teorías se prueban a partir de experimentos. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

#### **4.3.2.5. Modelo transdiagnóstico**

Este modelo supone un nuevo enfoque científico en el campo de la psicología clínica que ha recibido un gran interés por parte de la psicopatología y de la terapia cognitivo conductual (TCC). El modelo transdiagnóstico se desarrolla como una nueva perspectiva que se fundamenta en la conceptualización de los trastornos mentales a partir de un nivel de

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

procesos cognitivos y conductuales causantes y/o mantenedores de la mayoría de los trastornos mentales existentes. El transdiagnóstico integra la concepción del enfoque dimensional y del enfoque categorial, por lo que aporta un fundamento que permite clasificar e integrar diferentes síntomas y diagnósticos desde las dimensiones y procesos comunes.

En los últimos años, se han desarrollado nuevas teorías transdiagnósticas en el campo de la psicología clínica, tales como las de Fairburn Cooper & Shafran (2003), quienes desarrollan los conceptos de perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia emocional y dificultades interpersonales presentes en los trastornos alimentarios; Barlow, Allen & Choate (2004), quienes trabajan los conceptos de afectividad negativa, afectividad positiva e hiperactivación fisiológica que afectan los procesos de atención autofocalizada, incontrolabilidad, impredecibilidad, tendencia a la acción evitación, distracción, racionalización, rituales cognitivos, supresión emocional, señales de seguridad y rumiación, que aparecen en los trastornos emocionales, de ansiedad o depresivos; Harvey Watkins, Mansell & Shafran (2004) se ocupan de los conceptos de atención, memoria, razonamiento, pensamiento y conducta, en los que se dan los procesos de atención selectiva, evitación atencional, memoria selectiva, memorias recurrentes, memoria sobregeneralizada, sesgos interpretativos, sesgos de expectativa, razonamiento emocional, pensamiento negativo repetitivo, creencias metacognitivas, supresión del pensamiento, evitación y las conductas de seguridad presentes en cualquier trastorno; Aldao, Nolen & Schweizer (2010) trabajan el concepto de estrategias de regulación emocional como reevaluación, solución de problemas, aceptación, supresión, evitación emocional y rumiación, evidentes en los trastornos de ansiedad, en los trastornos depresivos, en los trastornos alimentarios y en las adicciones; Egan, Wade & Shafran (2011) desarrollan el concepto de perfeccionismo en procesos como la comprobación del rendimiento, evitación, procrastinación y conductas

contraproducentes, presentes en los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos alimentarios; finalmente Carleton, Mulvogue, Thibodeau, McCabe, Antony, & Asmundson (2012), se ocupan del concepto de intolerancia a la incertidumbre, manifiesto en el proceso de prospectiva inhibitoria presente en los trastornos de ansiedad, en los trastornos depresivos y en los trastornos alimentarios.

Inicialmente el enfoque transdiagnóstico de la psicopatología compone un nuevo planteamiento en psicología clínica, en el que la psicopatología se entiende desde una perspectiva dimensional que permite la convergencia de síntomas comunes a un conjunto de trastornos, desde el cual se permite un diagnóstico y una terapia integradora. Por su parte, si bien el enfoque transdiagnóstico posibilite un acercamiento más realista a la comorbilidad de los procesos psicológico y por tanto a un diagnóstico holista, no rechaza la clasificación categorial. De manera que, el enfoque transdiagnóstico posibilita un complemento diagnóstico y terapéutico a la Terapia Cognitivo Conductual tradicional orientada a los trastornos específicos (Sandín, Chorot, & Valiente, 2012).

#### **4.4. Relaciones entre la psicopatología y la salud mental**

Históricamente los conceptos de salud mental y psicopatología han tenido un desarrollo desarticulado y disparejo, los cuales han sido comprendidos como conceptos opuestos y por lo tanto, frecuentemente investigados de manera separada y no de una manera integrada. Sin embargo, estos dos constructos requieren ingresar en un diálogo teórico y metodológico que permita, primero, una mejor comprensión de la salud y la enfermedad mental humana; y segundo, intervenir de manera más integral y pertinente a las personas en los servicios de salud mental en los sistemas de salud.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Antes de llegar a otras conceptualizaciones de salud y su relación con la enfermedad mental, la comunidad científica ha pensado que la salud está principalmente orientada a la esperanza de vida, es decir, que a mayor esperanza de vida posea la persona, mayor salud tanto física como mental. Esto pone en evidencia la importancia que ha tenido el modelo médico en la historia de la conceptualización de la salud, dado que ha logrado disminuir la mortalidad prematura basándose en la reducción de la enfermedad y en el aumento de la esperanza de vida. Entre el 2000 y 2015 se presentó el aumento más rápido en la esperanza de vida de la población en los últimos 60 años, siendo de 5 años el incremento presentado entre el 2000 y 2015 (OMS, 2016).

Esto, sin lugar a dudas, ha sido un gran avance histórico, pero también ha evidenciado que, a partir de este incremento en los años de vida, también se incrementaron igualmente las enfermedades mentales y físicas, así como el tiempo de padecimiento, en lugar de vivir con una mejor salud (Keyes, 2007). Hasta el día de hoy, este enfoque no ha traído los resultados esperados, dado que no se ha evidenciado una reducción significativa en cuanto a enfermedad mental se refiere ni ha facilitado la prevención de casos prematuros (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010). Por lo tanto, se requieren conocer otras maneras de comprender este fenómeno.

Al indagar acerca de los antecedentes que relaciona los conceptos de salud mental y psicopatología, los resultados son escasos pero interesantes. En dicha revisión, se encuentra el Modelo Dual Continuo, planteado por el investigador Corey Keyes (2005), el cual cuenta con evidencia empírica. El Modelo Dual Continuo representa un concepto integrador de salud

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

mental (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010), el cual se concibe como un estado completo de salud perteneciente a un enfoque positivo de la salud mental.

El Modelo Dual Continuo plantea algo muy interesante al decir que la salud mental no es sinónimo de ausencia de psicopatología al igual que la enfermedad mental no es sinónimo de falta de salud mental (Keyes, 2005); en relación a esto, se ha observado que los factores latentes de enfermedad y de salud están correlacionados más o menos en un 0.50, lo que significa que el 25% de su varianza es compartido; por tal motivo, la investigación sugiere que, efectivamente, la salud mental no es solo la ausencia de enfermedad (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010).

Estos hallazgos han permitido entonces proponer de qué manera el Modelo Dual Continuo es un estado completo donde la salud mental y la enfermedad mental se pueden entender y relacionar a través de dos conceptos: *flourishing*, el cual es una combinación acerca del sentirse y funcionar bien en la vida; y *languishing*, concebido como el no sentirse ni funcionar bien en la vida (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010).

Esta mirada a la salud como un estado completo permite comprender como el cambio en los niveles de salud mental resulta ser un predictor de la prevalencia e incidencia de la enfermedad mental. En esta línea, Keyes ha investigado como los cambios en el nivel de salud mental positiva pueden llegar a ser un predictor de riesgo futuro para desarrollar enfermedad mental (Keyes, Corey, Dhingra, Satvinder & Simoes, 2010).

La evidencia arroja resultados en los cuales se identifica que estos cambios pueden predecir un futuro riesgo de enfermedad mental en las personas. En una investigación

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

longitudinal (Keyes & Westerhof, 2010), se ha identificado que la mitad de las personas *languishing* “mejoraron” para el año de terminación de la investigación, mientras que la mitad de los *flourishing* habían “empeorado” en ese mismo punto. Es decir, que la mejora en el nivel de salud mental disminuye el riesgo de futuras enfermedades mentales y que la pérdida de la salud mental aumenta el riesgo de futuras enfermedades mentales.

En otra investigación (Keyes & Westerhof, 2010) se encontró que las personas *flourishing* reportan los niveles más bajos en enfermedades cardiovasculares, días perdidos en el trabajo, enfermedad mental y limitaciones para la realización de actividades diarias. Además, se evidencia un saludable funcionamiento psicosocial con unos niveles muy bajos en sentimientos de inutilidad y una alta resiliencia.

Si bien parece que las personas *flourishing* resultan contar con la “mejor condición” en términos de beneficio para su salud, la prevalencia de personas *flourishing* en los estudios realizados con población adulta estadounidense evidenció que sólo se encuentra en un 20% de la población estudiada. Estos resultados han llevado a los investigadores (Keyes & Westerhof, 2010) a identificar la necesidad de pensar y diseñar programas que estén direccionados a la promoción y protección de la salud mental. De igual modo, los autores proponen que dichos programas vayan de la mano con el enfoque del Modelo Dual Continuo, en el cual la promoción, la protección y el mantenimiento de la salud mental como *flourishing* es la manera adecuada de comprender y abordar la salud mental y la enfermedad mental.

En otras palabras, esta propuesta apoya e impulsa la implementación de estrategias de promoción y protección de la salud mental, con los cuales, según la evidencia, la promoción y

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

la protección pueden reducir la enfermedad mental en la población, pero también permite entender tres asuntos: primero, que aunque la enfermedad mental es un buen predictor de enfermedad mental en el futuro, la salud mental moderada es igualmente un predictor para enfermedad mental en el futuro (Keyes & Westerhof, 2010); segundo, que se podría entender que la condición de *languishing* en una persona sería el mayor predictor para la enfermedad mental en el futuro; y tercero, entender cómo promover el florecimiento en individuos que son libres de enfermedad mental pero que no son mentalmente saludables (Keyes, 2007). Por lo tanto, los estudios apoyan la hipótesis acerca de cómo los cambios en los niveles de salud mental pueden ser grandes predictores de enfermedad mental en el futuro.

Por otro lado, desde este Modelo Dual Continuo, se identifican los componentes fundamentales de la salud mental positiva, los cuales son: sentimientos de felicidad y satisfacción con la vida (*emotional well-being*), funcionamiento positivo individual en términos de auto-realización (*psychological well-being*) y funcionamiento social positivo en términos de tener un valor social (*social well-being*) (Westerhof & Keyes, 2009), los cuales vienen a ser los componentes de la salud mental positiva en una relación unipolar con las dimensiones psicopatológicas.

En relación a lo anterior, se ha observado que la ausencia de bienestar psicológico representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de la depresión. En el estudio de Wood & Joseph (2009). Por ejemplo, los adultos con bajo bienestar psicológico son siete veces más propensos a la depresión posteriormente en el tiempo y dos veces más propensos a estar deprimidos después de haber controlado factores de personalidad, funcionamiento negativo, depresión previa, factores demográficos, económicos y salud física (Lamers, 2012). Así mismo, en el mismo estudio se ha evidenciado que los cambios que se presentan en la

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

salud mental positiva fueron predictores de psicopatología posteriormente en el tiempo, así como que los cambios en la psicopatología fueron predictores de la salud mental en el tiempo posterior

A partir de esto se deduce que, aunque la enfermedad mental ha tenido consecuencias importantes en el desarrollo de la vida para el individuo y para la sociedad, solo representa una pequeña parte de este desarrollo desde una perspectiva del Modelo Dual Continuo, pues la salud mental moderada y la ausencia de psicopatología por sí solos no son indicadores de un estado completo de salud mental.

Finalmente, en cuanto a la salud mental se refiere, propone entonces que el debate de la salud pública ya no debe estar exclusivamente enfocado en la enfermedad mental y la prevención de la misma. Por el contrario, se requiere continuar con la transformación del paradigma de la salud desde un enfoque de promoción y protección de la salud mental, el cual tiene como objetivo principal prevenir la pérdida de la salud mental y promover el mantenimiento y la elevación de ésta, así como enfocarse en la salud mental óptima y menos óptima. Estos argumentos tan importantes se han dado a partir de investigar la relación de dichos conceptos, como son la salud mental y la psicopatología.

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio alcanza un nivel descriptivo, comparativo y correlacional. A nivel *descriptivo* se caracterizó la frecuencia y porcentaje de las dimensiones psicopatológicas y de discapacidad, así como de los indicadores de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo), y de bienestar psicológico y social en la muestra de estudiantes. Las *comparaciones* se establecieron por las variables *sexo* (hombre y mujer) y cohorte académica (Cohorte 1: semestres 1, 2, 3 y 4; Cohorte 2: semestres 5, 6 y 7; y Cohorte 3: semestres 8, 9 y 10). El nivel *correlacional* implicó conocer si los indicadores de bienestar subjetivo, psicológico y social se asocian entre sí y con las dimensiones psicopatológicas y de discapacidad en la muestra de estudio. El diseño de investigación es transversal.

### 5.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes universitarios hombres y mujeres mayores de edad, que estuvieran matriculados en el programa de pregrado en psicología de la Universidad de Antioquia, sede Medellín, durante el semestre 2016-2. Esta población ascendía a aproximadamente 600 estudiantes.

En el momento de la conformación de la muestra de estudio, se tuvieron presentes los siguientes criterios de inclusión mencionados, tales como ser mayor de edad y estar

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

matriculado en el programa de Psicología de la sede central de la Universidad de Antioquia durante el semestre 2016-2, así como aceptar voluntariamente participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

La muestra fue distribuida en tres grupos por cohortes: Cohorte 1 (semestres 1, 2, 3 y 4), Cohorte 2 (semestres 5, 6 y 7) y Cohorte 3 (semestres 8, 9 y 10).

### **5.3. Tamaño de la muestra**

El tamaño total resultante de la muestra fue de 114 estudiantes universitarios de psicología. El porcentaje de la muestra (114 estudiantes) supuso el 19% del tamaño total de la población de referencia.

### **5.4. Muestreo**

Para la selección de la muestra, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico en el que se seleccionaban algunos grupos de estudiantes que cursaban algunas materias del programa correspondientes a las diferentes cohortes, y se les aplicaba un protocolo de instrumentos a aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio. De esta forma, se utilizó una técnica de muestreo por conveniencia o intencional.

El proceso de identificación y selección de la muestra se llevó a cabo con la colaboración de docentes del Departamento de Psicología, los cuales cedían un espacio de 30 minutos de sus respectivas clases para la aplicación del protocolo.

### **5.5. Operacionalización de variables**

El listado de las variables implementadas en la investigación se incluye en el Anexo 1, en el que son distribuidas por dimensiones de análisis, denominación, etiqueta, niveles de medición y valores de medida (véase *Anexo 1: Listado de variables*).

### **5.6. Procedimiento para la recolección de datos**

Inicialmente, se seleccionaron los grupos académicos en los que se desarrollaría la aplicación del protocolo, teniendo en cuenta que los cursos correspondieran a cada una de las cohortes en las que se distribuyeron los semestres académicos. Para recolectar la información, se programaban sesiones de aplicación de las pruebas en los horarios de clase de los grupos, con aprobación y colaboración de los docentes encargados.

Al inicio de la aplicación, se informaba a los estudiantes acerca del alcance del estudio y de sus objetivos, sobre el tiempo requerido (aproximadamente 30 minutos) y que la participación era voluntaria. Posteriormente, se les daba las instrucciones necesarias para proceder, solicitándoles en primer lugar la lectura y la firma del consentimiento informado. Una vez completado el consentimiento, se daba inicio a la aplicación del protocolo.

Para conocer el documento de consentimiento informado, remítase al *Anexo 2: Consentimiento Informado*.

## **5.7. Instrumentos de evaluación**

Para la evaluación de las variables del estudio, se aplicó a todos los participantes un protocolo conformado por los siguientes instrumentos:

### **5.7.1. Encuesta de datos sociodemográficos, académica y psicosocial**

La encuesta estuvo conformada por un total de seis ítems, de los cuales tres evaluaban datos socio-demográficos (sexo, edad y lugar de residencia), uno se destinaba a identificar la *cohorte académica* (1, 2 o 3), otro indagaba por las *personas de convivencia* y el último por las *fuentes de financiación*. En el *Anexo 3. Encuesta socio-demográfica, académica y psicosocial* se muestran detalladamente los componentes de la encuesta.

### **5.7.2. Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo**

La escala PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo (Watson, Clark & Tellegen, 1988); adaptación española de Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999) evalúa la naturaleza bidimensional de la afectividad, desde un modelo estructural que ha mostrado consistencia transcultural. Está conformada por dos subescalas de 10 ítems cada una, las cuales evalúan las dimensiones de afecto positivo y negativo de manera independiente. Los ítems consisten en palabras que describen sentimientos, ante los que la persona debe indicar la intensidad experimentada durante la última semana, mediante una escala tipo Likert que varía desde 0=muy ligeramente o nada en absoluto a 4=extremadamente.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Cada escala está compuesta por dos factores para Afecto Positivo (Proactividad y Activación) y dos para Afecto Negativo (Ansiedad y Hostilidad). En la escala de Afecto Positivo se obtiene una puntuación entre 4 y 16 para el factor Activación y entre 5 y 20 para el factor Proactividad. En la escala de Afecto Negativo se obtiene una puntuación entre 4 y 16 para el factor Ansiedad y entre 2 y 8 para el factor Hostilidad. Ambas escalas muestran coeficientes de consistencia interna por encima de 0.87. Para mayor claridad respecto a los factores de análisis, véase la Tabla 1. En *Anexo 4. Cuadernillo 1 Escala PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo*, se muestran detalladamente también los ítems del instrumento.

Tabla 1

*Factores de análisis de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS*

<b>Factores</b>	<b>N.ítems</b>	<b>Descripción</b>
Proactividad	5	Afecto positivo: representa la dimensión de emocionalidad positiva e incluye elementos descriptivos como: interés, entusiasmo, inspiración, atención, alerta, fortaleza
Activación	4	
Ansiedad	5	Afecto negativo: representa una dimensión general de distrés subjetivo que incluye estados emocionales desagradables como culpa, hostilidad, irritabilidad, vergüenza, tristeza
Hostilidad	2	

### 5.7.3. Escala de Satisfacción con la Vida

La escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000), aporta un índice general de satisfacción con la vida, entendida como un factor del constructo general del bienestar subjetivo. Consta de cinco reactivos con un rango de respuesta de 1=muy en desacuerdo a 4=muy de acuerdo. El puntaje total oscila entre 5 y 20 puntos, siendo las puntuaciones altas indicativas de mayor satisfacción con la vida. La consistencia interna (alpha de Cronbach) de esta

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

escala fue de 0.81. En el *Anexo 5. Cuadernillo 2 Escala de Satisfacción con la vida* se muestran detalladamente los ítems de esta escala.

### 5.7.4. Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff

Las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (van Dierendonck, 2004); adaptación española de Diaz, Rodriguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle & van Dierendonck (2006), se encuentra conformada por 29 ítems que evalúan el bienestar psicológico, siguiendo el modelo teórico de seis dimensiones de Ryff (1989): autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, control ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal. A cada ítem se responde mediante una escala Likert con puntuaciones que oscilan entre 1=totalmente en desacuerdo y 6=totalmente de acuerdo. Para cada una de las seis dimensiones, se obtiene una puntuación correspondiente a la sumatoria de los ítems y, a su vez, permite obtener un factor de segundo orden de toda la prueba. Los coeficientes alpha de Cronbach de las seis escalas oscilan entre 0.70 y 0.84. Para mayor claridad respecto a las dimensiones de análisis, véase la Tabla 2. En el *Anexo 6. Cuadernillo 3 Escala de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* se muestran detalladamente los ítems de esta escala.

Tabla 2

*Dimensiones de análisis de Escala de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*

<b>Dimensiones</b>	<b>N° de ítems</b>	<b>Descripción</b>
Autoaceptación	4	Se trata de contar con una actitud positiva hacia sí mismo y hacia lo que ha hecho en el pasado, además de aceptar sus particularidades buenas y malas que tiene como persona.
Relaciones Positivas	5	Es la posibilidad de generar vínculos seguros y consistentes con las otras personas, sintiendo empatía, afecto e intimidad, a fin de identificarse, comprender y mantener relaciones profundas con los otros.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

*Dimensiones de análisis de Escala de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (continuación)*

<b>Dimensiones</b>	<b>N° de ítems</b>	<b>Descripción</b>
Autonomía	6	Autorregulación, independencia y autorregulación de las conductas. A partir de este la persona puede resistirse a las presiones sociales y evaluarse a sí mismo de acuerdo a los parámetros que ha elaborado a lo largo de su desarrollo para lograr así un funcionamiento autónomo.
Dominio del Entorno	5	Elegir o crear ambientes donde pueda satisfacer necesidades. A través de las actividades físicas y mentales se permite una influencia y una sensación sobre el contexto y ambiente que le rodea.
Crecimiento personal	4	Desarrollar el propio potencial enfrentando nuevos retos acorde a su etapa del ciclo vital, conociéndose a sí mismo e identificando sus propios cambios en el transcurrir del tiempo
Propósito en la Vida	5	Intencionalidad y direccionalidad de las metas que la persona tiene, otorgar sentido a las experiencias pasadas y presentes y visionar el propósito de su propia vida.

### **5.7.5 Escalas de Bienestar Social**

Las escalas de Bienestar Social (Keyes, 1998); adaptación española de Blanco & Díaz (2005), evalúan las cinco dimensiones del bienestar social (integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia social) planteadas por el modelo de Keyes (1998). Consta de 25 ítems que se responden con puntuaciones comprendidas entre 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo. El puntaje en cada una de las escalas oscila entre 5 y 30, y el puntaje total entre 25 y 125. Los coeficientes de consistencia interna de las escalas oscilan entre 0.68 y 0.83. Para mayor claridad respecto a los dominios de análisis, véase la Tabla 3. En el *Anexo 7. Cuadernillo 4 Escalas de de Bienestar Social* se muestran detalladamente los ítems de esta escala.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Tabla 3

*Dimensiones de análisis de las Escalas de Bienestar Social*

<b>Dimensiones</b>	<b>Nº de ítems</b>	<b>Descripción</b>
Integración Social	5	La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad
Aceptación Social	5	Estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, donde dicha pertenencia disfrute, al menos, de dos cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros (atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad), y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
Contribución Social	5	Las creencias en nuestra capacidad para organizar y llevar a cabo acciones capaces de lograr determinados objetivos, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo Contribución es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.
Actualización Social	5	Esta dimensión se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos (confianza en el progreso y en el cambio social). Todavía más: la actualización social lleva implícita la firme creencia de que la sociedad controla su destino, sabe dónde va y traza intencionadamente el horizonte hacia dónde quiere llegar en el futuro.
Coherencia Social	4	Si la actualización tiene que ver con la confianza depositada en la sociedad, la coherencia se refiere a la capacidad que tenemos para entender su dinámica. Es «la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo

**5.7.6. Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad, WHODAS 2.0**

El Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 (OMS, 2010) supone un instrumento de evaluación genérico de medición de la salud y de la discapacidad en la población general y clínica. La versión completa consta de 36 preguntas que se responden con puntuaciones entre 0 y 100.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Este cuestionario indaga sobre las dificultades en el funcionamiento experimentadas por el entrevistado en seis dominios de la vida durante los 30 días previos. Se responde con puntuaciones entre 0 y 100. Los dominios que indaga son:

- Cognición: comprensión y comunicación.
- Movilidad: movilidad y desplazamiento.
- Cuidado personal: cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo.
- Relaciones: interacción con otras personas.
- Actividades cotidianas: responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.
- Participación: participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

El cuestionario puede ser autoadministrado y su diligenciamiento dura entre 5 y 10 minutos. La consistencia interna, a nivel del dominio y a nivel general, fue estudiada utilizando correlaciones ítem-total y el alfa de Cronbach, habiéndose obtenidos valores que oscilaban entre “aceptable” y “muy bueno”. El puntaje alfa de Cronbach para el cuestionario total fue de 0.97. Para mayor claridad respecto a los dominios de análisis, véase la Tabla 4. En el *Anexo 8. Cuadernillo 5 Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0* se muestran detalladamente los ítems de este cuestionario.

Tabla 4

*Dominios de análisis del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0*

<b>Dominios</b>	<b>N° de ítems</b>	<b>Descripción</b>
Cognición	6	Las áreas específicas que son evaluadas incluyen la concentración, la memoria, la resolución de problemas, el aprendizaje y la comunicación.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

*Dominios de análisis del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 (continuación)*

<b>Dominios</b>	<b>Nº de ítems</b>	<b>Descripción</b>
Movilidad	5	Las actividades tratadas en el Dominio 2 de WHODAS 2.0 incluyen estar de pie, moverse adentro del hogar, salir del hogar y caminar largas distancias.
Cuidado personal	4	El dominio 3 pregunta acerca de la capacidad de bañarse, vestirse, comer, y quedarse solo.
Relaciones	5	El dominio 4 evalúa las relaciones con otras personas, y las dificultades que pueden encontrarse debido a una condición de salud. En este contexto, “personas” pueden ser aquellas con quienes el entrevistado tiene intimidad o a quienes conoce en profundidad (por ejemplo, esposo/a o pareja, miembros de la familia o amigos cercanos), o aquellos que el entrevistado no conoce en absoluto (por ejemplo, extraños).
Actividades de la vida diaria	8	Este dominio incluye preguntas acerca de la dificultad en las actividades cotidianas. Estas actividades son aquellas que la gente realiza la mayoría de los días; e incluyen actividades domésticas, laborales y educativas.
Participación	8	En este dominio, se les solicita a los entrevistados que consideren de qué manera otra gente y el mundo que los rodea les dificultan su participación en la sociedad. Aquí, no informan acerca de sus limitaciones en las actividades, sino acerca de las restricciones que experimentan de la gente, las leyes u otras características del mundo en el que se encuentran.

### **5.7.7. Listado de síntomas Revisado - SCL-90-R**

La escala Symptom Checklist-90-Revised SCL-90-R (Derogatis, (2002), consiste en un instrumento autoaplicado concebido para la valoración y detección de la sintomatología asociada al malestar psicológico en pacientes psiquiátricos y sujetos no clínicos, aunque sin pretensiones diagnósticas. Supone un cuestionario multimodal compuesto por 90 ítems, cada

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

uno de los cuales orientados a describir una dimensión psicopatológica. Las respuestas evalúan la intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma y se valora desde 0=ausencia total de molestias hasta 4=molestia máxima.

Los 90 ítems se distribuyen en 10 dimensiones sintomáticas: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo y Síntomas misceláneos, de los que se obtiene una puntuación diferenciada para cada subescala. También permite calcular tres índices globales de malestar que son indicativos del sufrimiento psicopatológico general: el Índice de Severidad Global (GSI, Global Symptom Index) que indica el nivel actual y general de malestar psíquico y psicósomático percibido, es decir, de distrés; la puntuación Total de Síntomas Positivos (PST, Positive Symptom Total), el cual hace referencia al total de síntomas reconocidos como presentes; y el Índice de Distress de Síntomas Positivos (PSDI, Positive Symptom Distress Index) o de Malestar Sintomático Positivo, el cual relaciona el sufrimiento o distress global con el número de síntomas, y es por lo tanto, un indicador de la intensidad sintomática medida. Por su parte, las dimensiones primarias de síntomas proveen un perfil de las áreas de psicopatología, y los ítems individuales dan información del nivel discreto del síntoma. (Carrasco, Sánchez, Ciccotelli, & Barrio, 2003)

Los puntajes promedio del cuestionario se sitúan entre 0,00 a 0,40 para todas las dimensiones e índices, exceptuando el índice Total de Síntomas Positivos, en el que las puntuaciones pueden oscilar entre 0,0 y 90.

Las coeficientes alpha de Cronbach obtenidos para cada una de las dimensiones del SCL-90-R se sitúan entre los valores .81 y .90, siendo para cada uno de las dimensiones:

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Subescala SOM (Somatización): 0.87, Subescala OBS (Obsesiones y compulsiones) .88, Subescala INT (Sensibilidad Interpersonal) .86, Subescala DEP (Depresión) .89, Subescala ANS (Ansiedad) .90, Subescala HOS (Hostilidad) .86, Subescala FOB (Ansiedad Fóbica) .86, Subescala PAR (Ideación paranoide) .81, y Subescala PSI (Psicoticismo) .87). Para mayor claridad respecto a estas dimensiones de análisis, véase la Tabla 5. En el *Anexo 9*.

*Cuadernillo 6 SCL 90-R* se muestran detalladamente los componentes del cuestionario.

Tabla 5

*Dimensiones de análisis del SCL 90-R*

<b>Dimensiones</b>	<b>N° de ítems</b>	<b>Descripción</b>
Somatización	12	Malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte medicación del sistema nervioso autónomo. También incluye dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.
Obsesión-Compulsión	10	Incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo: diversos pensamientos, acciones e impulsos, que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos e imposibles de controlar.
Sensibilidad interpersonal	9	Sentimiento de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas; auto depreciación e incomodidad durante las interacciones personales. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión también reportan expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales y elevados niveles de autoconciencia pública.
Depresión	13	Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimiento de desesperanza. También se incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.
Ansiedad	10	Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad, inquietud, nerviosismo, tensión, y ataques de pánico.
Hostilidad	6	Incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. La selección de ítem incluye, la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento. Por ejemplo, Algunos ítems refieren

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Dimensiones de análisis del SCL 90-R (continuación)*

Dimensiones	N° de ítems	Descripción
		sentimientos de fastidio, necesidad de romper cosas o temperamento explosivo e incontrolable.
Ansiedad fóbica	7	Caracteriza una respuesta persistente de miedo (a persona, lugares, objetos o situaciones específicas) que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionado que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Los síntomas de esta dimensión se centran en las manifestaciones más disruptivas de la conducta fóbica, varios de los cuales son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, multitudes, lugares públicos).
Ideación paranoide	6	Representa fundamentalmente las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide: pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.
Psicoticismo	10	Esta dimensión fue diseñada para representar el constructo en tanto un continuo de la experiencia humana, por ello incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estado de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento. Gempp, R: Avendaño, C. (2008).
Escala adicional	7	Incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica.
Índice Sintomático General	90	Medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global.
Total de Síntomas Positivos	Min 1 máx. 90	Número total de síntomas presentes, o sea la amplitud y diversidad de la psicopatología.
Índice de Distrés de Síntomas Positivos	90/ Min 1 máx. 90	Relaciona el sufrimiento o “distrés” global con el número de síntomas y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media

### 5.8. Plan de análisis

Al finalizar la recolección de los datos de la investigación, se diseñó una base de datos en el software estadístico SPSS® versión 24. A continuación, se registraron los datos y se depuraron los errores de digitación.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Tras aplicar la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, se identificó que los datos obtenidos en los instrumentos aplicados no mostraban una distribución normal, por lo que los estadísticos que se utilizaron en el estudio fueron no paramétricos.

A nivel descriptivo, se obtuvieron datos estadísticos de frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar para describir los datos sociodemográficos en relación con las variables del estudio, con el fin de describir las características académicas, psicosociales y sociodemográficas de la muestra, además de las dimensiones psicopatológicas, la dimensión de discapacidad y de los indicadores de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo) y de bienestar psicológico y social.

Las comparaciones entre las puntuaciones por sexo y cohorte se llevaron a cabo mediante las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, respectivamente.

Para el análisis de confiabilidad de las pruebas, se utilizó el alpha de Cronbach y, para el análisis correlacional entre las dimensiones de los instrumentos, se aplicó la correlación de Spearman, como estadístico no paramétrico.

Para todas las pruebas se empleó un nivel de significación del 5%, y, para identificar la fuerza de las correlaciones entre variables, se tuvo en cuenta un valor ascendente a 0,50.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto cumple con las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y específicamente las establecidas en el Título II (De la investigación en seres humanos), Capítulo 1 (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) y sus artículos 5, 6, 8 y 11 b.

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos).
- c) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- d) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Al ser una investigación del área de la psicología, se asumen las disposiciones de la Ley 1090 de 2006 (Ordinal 9 del Artículo 2 y los artículos 49, 50 y 51 del Capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones), a saber:

ORDINAL 9 DEL ARTÍCULO 2. Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

ARTÍCULO 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

ARTÍCULO 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

ARTÍCULO 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante;
- b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información;

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

Teniendo en cuenta estas consideraciones se establece que el presente estudio hace una contribución al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de los seres humanos a partir de principios científicos y éticos, donde prevalece el criterio de respecto a la dignidad de los participantes, así como a la protección de sus derechos y bienestar. De manera coherente con estos criterios, en el presente estudio se garantizó que la participación fuera voluntaria, así como la confidencialidad de la información suministrada.

Esta investigación puede ser clasificada de RIESGO MÍNIMO, y esto se comunicó a los participantes previamente a la aplicación de las pruebas. Así mismo, se les informó oralmente y por escrito acerca del objetivo del estudio, sobre los procedimientos que se llevarían a cabo y los datos de identificación y contacto de los investigadores. Se les comunicaba antes de la aplicación que tenían libertad para retirarse del estudio en cualquier momento y que esto no conllevaría ninguna consecuencia ni perjuicio.

## 7. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en la investigación, iniciando por los datos correspondientes a los análisis de confiabilidad de los instrumentos. Les sigue los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los datos para, a continuación, presentar los análisis descriptivos de cada uno de los instrumentos del protocolo de evaluación, comparándolos por sexo y cohortes. Para ello, se presentan datos correspondientes a la media, la frecuencia y los porcentajes obtenidos en cada variable y, finalmente, se analizan las correlaciones entre las mismas. Las comparaciones entre las puntuaciones por sexo y cohorte se llevaron a cabo mediante las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, respectivamente. Y para los que mostraron una distribución normal se utilizaron los siguientes estadísticos: tabla de contingencia, chi-cuadrado, Anova y prueba T.

### 7.1. Análisis de confiabilidad

A continuación, se presentan los datos correspondientes a la consistencia interna de las pruebas, los cuales se obtuvieron mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Para estimar el nivel de este coeficiente, se clasifican en una escala de 0 a 1 en las siguientes categorías: excelente para valores  $>.9$ ; bueno para valores  $>.8$ ; aceptable para  $>.7$ ; cuestionable para  $>.6$ ; pobre para  $>.5$ , de acuerdo a lo planteado por autores como Tornimbeni (2008).

### 7.1.1. Análisis de confiabilidad de Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo

El análisis de confiabilidad de la Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo arrojó un Alpha de Cronbach por encima de 0,60, el cual puede considerarse como cercano a aceptable (véase Tabla 6).

Tabla 6

*Análisis de confiabilidad de la Escala PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo*

#	Variable	A
1	Escala PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo	0,644
2	Ansiedad	0,441
3	Proactividad	0,785
4	Activación	0,684
5	Hostilidad	0,207

*Nota:* #= Número de las escalas;  $\alpha$ = Alpha de Cronbach

### 7.1.2. Análisis de confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la Vida

El análisis de confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la Vida arrojó un Alpha de Cronbach por encima de 0,811, el cual puede considerarse como bueno (véase Tabla 7).

Tabla 7

*Análisis de confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la Vida*

#	Variable	$\alpha$
1	Escala de Satisfacción con la Vida	0,811

*Nota:* #= Número de las escalas;  $\alpha$ = Alpha de Cronbach

### 7.1.3. Análisis de confiabilidad de la Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff

El análisis de confiabilidad de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff arrojó un Alpha de Cronbach por encima de 0,700 el cual puede considerarse aceptable, tanto para cada una de las subescalas como para las puntuaciones totales del instrumento (véase Tabla 8).

Tabla 8

*Análisis de confiabilidad de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff*

#	Variable	A
1	Autoaceptación	0,714
2	Relaciones positivas	0,718
3	Autonomía	0,718
4	Dominio del entorno	0,710
5	Crecimiento personal	0,721
6	Propósitos en la vida	0,712
7	Escala total	0,763

*Nota:* #= Número de las escalas;  $\alpha$ = Alpha de Cronbach

### 7.1.4. Análisis de confiabilidad de las Escalas de Bienestar Social

El análisis de confiabilidad de las Escalas de Bienestar Social arrojó un Alpha de Cronbach por encima de 0,646 para todas las subescalas y para las puntuaciones totales lo cual puede considerarse como cercano a aceptable. Por su parte, la dimensión *contribución social* arrojó un Alpha de 0,727 lo cual puede considerarse como cercano a bueno. (Véase Tabla 9)

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Tabla 9

*Análisis de confiabilidad de las Escalas de Bienestar Social*

#	Variable	A
1	Integración social	0,647
2	Aceptación social	0,650
3	Contribución social	0,727
4	Actualización social	0,683
5	Coherencia social	0,693
6	Escala total	0,686

*Nota:* #= Número de las escalas;  $\alpha$ = Alpha de Cronbach

### 7.1.5 Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad

El análisis de confiabilidad del Cuestionario de la Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 arrojó un Alpha de Cronbach por encima de 0,625 para todas las subescalas y para las puntuaciones totales, lo cual es considerado como cercano a aceptable. Por su parte, el dominio *cognición* arrojó un Alpha de 0,70 (véase Tabla 10).

Tabla 10

*Análisis de confiabilidad del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHODAS2.0.*

#	Variable	$\alpha$
1	Cognición	0,782
2	Movilidad	0,628
3	Cuidado personal	0,629
4	Relaciones	0,626
5	Actividades de la vida diaria	0,628
6	Participación	0,630
7	Puntaje general	0,633

*Nota:* #= Número de dominios;  $\alpha$ = Alpha de Cronbach

### 7.1.6. Análisis de confiabilidad del cuestionario SCL-90-R

El análisis de confiabilidad del Cuestionario SCL-90-R arrojó un Alpha de Cronbach por encima de 0,619 para sus diez dimensiones y dos índices generales, lo cual es considerado como cercano a aceptable. Para el *índice de síntomas positivos* arrojó un Alpha de Cronbach de 0,373, el cual se considera poco confiable (véase Tabla 11).

Tabla 11

*Análisis de confiabilidad del cuestionario SCL-90-R*

#	Variable	$\alpha$
1	Somatización	0,629
2	Obsesión compulsión	0,628
3	Sensibilidad interpersonal	0,629
4	Depresión	0,626
5	Ansiedad	0,628
6	Hostilidad	0,630
7	Ansiedad fóbica	0,633
8	Ideación paranoide	0,631
9	Psicoticismo	0,632
10	Escala adicional	0,629
11	Índice de severidad global	0,631
12	Índice Distrés síntomas positivos	0,620
13	Total síntomas positivos	0,373

*Nota:* #= Número de dimensiones e índices;  $\alpha$ = Alpha de Cronbach

### 7.2. Pruebas de normalidad de los instrumentos

Para comprobar si los datos seguían una distribución normal, se utilizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, indicada para muestras mayores de 50 sujetos. Para la Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo, se encontró que los datos del factor Ansiedad y el del factor Hostilidad no presentan una distribución normal. Sin embargo, para los factores Proactividad y Activación, los datos tuvieron una distribución normal. En cuanto a la

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Escala de Satisfacción con la Vida, se observa una distribución normal. En las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff; mientras que los datos obtenidos en la puntuación de la Escala Total, los dominios de Relaciones Positivas, Autonomía y Dominio del Entorno presentan distribuciones normales, los dominios Autoaceptación, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida no cuentan con una distribución normal. Referente a las escalas de Bienestar Social, sólo se evidencian distribuciones normales para la Escala Total y en el dominio de Integración Social, mientras que en los dominios Aceptación Social, Contribución Social, Actualización Social y Coherencia Social no se presentan distribuciones normales.

Frente al SCL-90-R, se identifican distribuciones normales para los índices globales correspondientes al Total Síntomas Positivos y al Índice Distrés de Síntomas Positivos. No obstante, no se cuenta con distribución normal en las dimensiones de Somatización, Obsesión Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Escala Adicional e Índice de Severidad General.

Finalmente, se observa una distribución normal en la Escala General del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0, mas no se observa una distribución normal en los dominios de Cognición, Movilidad, Cuidado Personal, Relaciones, Actividades de la Vida Diaria y Participación.

### 7.3. Análisis descriptivo

#### 7.3.1 Características socio-demográficas, psicosociales y académicas

El total de la muestra estuvo compuesta por  $N=114$  participantes, de los cuales el 42,1% fueron de sexo masculino y el 57,9 % de sexo femenino. Referente a las edades, la muestra tuvo una amplitud de 18 a 51 años, con una media de 23,52 años, moda de 21 años y mediana de 22 años. Por rangos de edad, el intervalo más frecuentemente presentado fue el comprendido entre los 21 y los 23 años (48,2%), seguido por el intervalo entre los 18 y 20 años (21,9%). Para revisar estos datos, véase la Tabla 12.

Tabla 12

*Distribución de la muestra total por sexo y rangos de edad*

Variable	N	
	fi	%
Sexo		
Masculino	48	42,1
Femenino	66	57,9
Edad		
18 - 20 años	25	21,9
21 - 23 años	55	48,2
24 - 26 años	18	15,7
27 - 30 años	8	7,0
31 - 35 años	2	1,7
Más de 35 años	6	5,2

*Nota:* N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

Se agruparon los semestres académicos por cohortes de la siguiente manera: *Cohorte 1*: semestres 1,2, 3 y 4; *Cohorte 2*: semestres 5,6, 7; y *Cohorte 3*: semestre 8, 9,10. Así, la Cohorte 1 y cohorte 3 corresponden a la mitad de la muestra y la cohorte 2 corresponde a la otra mitad, siendo los estudiantes de los semestres 5,6 y 7 los más frecuentes. Para más detalles, véase la Tabla 13.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Tabla 13

*Distribución de la muestra total por cohorte académica*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Cohorte académica		
Cohorte 1	23	20,2
Cohorte 2	67	58,2
Cohorte 3	24	21,1

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

Tomando en cuenta los datos de convivencia, se observó que el 20,2% pertenecían a familias monoparentales y el 18,4% convivían con otros familiares. En porcentajes muy inferiores, se obtuvieron porcentajes de estudiantes que convivían con la familia nuclear o con familia extendida, así como en residencias de estudiantes, en pareja o solos. Estos datos se muestran a continuación en la Tabla 14.

Tabla 14

*Distribución de la muestra total según las personas de convivencia*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Padre, madre y hermanos (si los tiene)	5	4,4
Padre, madre, hermanos y otros familiares y allegados	5	4,4
Solo con el padre o solo con la madre (puede incluir hermanos)	23	20,2
Vive solo	2	1,8
Vive con la pareja	3	2,6
Vive en residencia o comparte vivienda con otros estudiantes	9	4,2
Otros familiares	21	18,4

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

Respecto al lugar de residencia de los participantes, el 54,4 % residía en Medellín, el 32,5 % en municipios del Área Metropolitana (exceptuando Medellín) y el 13,2 % en otros municipios foráneos al Área Metropolitana. Por otra parte, en cuanto a las fuentes de

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

financiación de los estudiantes, las mayores frecuencias correspondieron a los padres con un 45,6%, y al propio estudiante con el 28,1% de los casos. Para tener información más detallada acerca de estos datos, véase la Tabla 15.

*Tabla 15*

*Distribución de la muestra total por lugar de residencia y fuentes de financiación*

<b>Variable</b>	<b>N</b>	
	<b><i>f<sub>i</sub></i></b>	<b>%</b>
Lugar de residencia		
Medellín	62	54,4
Área metropolitana	37	32,5
Fuera del área metropolitana	15	13,2
Fuentes de financiación		
Beca	14	12,3
Usted mismo	32	28,1
Padres	52	45,6
Otros familiares	4	3,5
Padres, usted mismo, beca	2	1,8
Padres, usted mismo	6	5,3
Usted mismo, beca	2	1,8
Beca, padres	2	1,8

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.3.2 Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo

Para el análisis de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS se tomaron en cuenta los niveles (alto, medio y bajo) establecidos por Arango (2007) a partir de un estudio de evaluación de las propiedades psicométricas y de validación estructural de la escala en una muestra poblacional de Medellín y el Área Metropolitana.

Atendiendo a estos niveles, se registraron los datos de frecuencia y porcentajes obtenidos por la muestra en cada uno de ellos, en función de las cohortes a las que

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

pertenecían. En la Tabla 16 a continuación se presentan estos datos para cada uno de los cuatro factores que componen la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo.

Tabla 16

*Distribución de la muestra por factores de la Escala PANAS por cohortes*

Variable	N							
	Cohorte 1		Cohorte 2		Cohorte 3		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>F<sub>i</sub></i>	%
Afecto Positivo								
Proactividad								
Alto	4	17,4	5	7,4	6	25	15	13,1
Medio	10	43,4	19	28,3	12	50	41	35,9
Bajo	9	39,1	43	64,2	6	25	58	50,9
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Activación								
Alto	6	26	7	10,4	6	25	19	16,6
Medio	4	17,4	11	16,4	6	25	21	18,4
Bajo	13	56,5	49	73	12	50	74	64,9
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Afecto Negativo								
Ansiedad								
Alto	9	39,1	30	44,8	7	29,2	46	40,4
Medio	8	34,7	25	37,3	11	45,8	44	38,6
Bajo	6	26	12	17,8	6	25	24	21,0
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Hostilidad								
Alto	14	60,8	42	62,6	10	41,6	66	57,9
Medio	7	30,4	12	17,9	9	37,5	28	24,5
Bajo	2	8,6	13	19,4	5	20,8	20	17,5
Total	23	100	67	100	24	100	114	100

*Nota: N= Muestra total; f<sub>i</sub>= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia*

Los resultados muestran que, respecto a los factores que componen el Afecto Positivo (Proactividad y Activación), en el primero de ellos las cohortes 1 y 3 obtuvieron frecuencias más altas en los niveles medios, mientras que en la cohorte 2 la mayoría de los participantes

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

se situaban en el nivel bajo. Respecto a la Activación, todas las cohortes mostraron frecuencias mucho más altas en el nivel bajo.

Por su parte, respecto a los factores que componen el Afecto Negativo (Ansiedad y Hostilidad), en el factor Ansiedad las tres cohortes mostraron frecuencias más altas en los niveles medio y alto que en el nivel bajo, y en el factor de Hostilidad, las frecuencias más altas en las tres cohortes se situó en el nivel alto.

Cuando se analizan los resultados por sexo, se observa que en el factor Proactividad, tanto la muestra masculina como femenina obtienen frecuencias más altas en el nivel bajo y medio que en el alto. En el factor Activación, la mayoría de los participantes de ambos sexos se sitúan en el nivel bajo. Por su parte, en los factores de Ansiedad y de Hostilidad, tanto la mayoría de la muestra masculina como femenina se situaban en el nivel alto (véase Tabla 17).

Tabla 17

*Distribución de la muestra por factores de la Escala PANAS por sexo*

Variable	Hombre		Mujer		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>F<sub>i</sub></i>	%
Afecto Positivo						
Proactividad						
Alto	2	4,2	13	19,7	15	13,1
Medio	24	50	17	25,7	41	35,9
Bajo	22	45,8	36	54,5	58	50,8
Total	48	100	66	100	114	100
Activación						
Alto	5	10,4	14	21,2	19	16,6
Medio	12	25	9	13,6	21	18,4
Bajo	31	64,6	43	65,2	74	64,9
Total	48	100	66	100	114	100

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Distribución de la muestra por factores de la Escala PANAS por sexo (continuación)*

	Hombre		Mujer		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>F<sub>i</sub></i>	%
<b>Afecto Negativo</b>						
Ansiedad						
Alto	28	58,3	33	50	61	53,5
Medio	11	22,9	18	27,3	29	25,4
Bajo	9	18,7	15	22,7	24	21,0
Total	48	100	66	100	114	100
<b>Hostilidad</b>						
Alto	28	58,3	38	57,5	66	57,8
Medio	10	20,8	18	27,3	28	24,5
Bajo	10	20,8	10	15,1	20	17,5
Total	48	100	66	100	114	100

*Nota: N= Muestra total; f<sub>i</sub>= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia*

### 7.3.3. Escala de Satisfacción con la Vida

Para la Escala de Satisfacción con la Vida se calcularon los promedios obtenidos en el Índice General por cohortes y sexo.

En la distribución de los resultados de la muestra en la Escala de Satisfacción con la Vida, se encuentra que tanto en la cohorte 1, 2 y 3 el índice general oscila entre 13,1 y 14,6, con una media total de 13,6. Específicamente, La cohorte 1 y 3 presentan promedios del índice de Satisfacción con la Vida, ligeramente más altos que el promedio hallado en la cohorte 2. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (véase Tabla 18).

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Tabla 18

*Distribución de la muestra en la Escala de Satisfacción con la Vida por cohortes*

Variable	N							
	Cohorte 1		Cohorte 2		Cohorte 3		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	Media	<i>f<sub>i</sub></i>	Media	<i>f<sub>i</sub></i>	Media	<i>f<sub>i</sub></i>	Media
Índice general de Satisfacción con la vida	23	14,6	67	13,1	24	14,2	114	13,6

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta.

Tabla 19

*Distribución de la muestra de la Escala de Satisfacción con la Vida por sexo*

Variable	<i>f<sub>i</sub></i>	Media
Satisfacción con la vida		
Hombres	48	13, 5
Mujeres	66	13, 7

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta.

Quando se comparan estos resultados con los obtenidos por Reig, Cabrero, Ferrer y Richart (2001) en una muestra de 527 estudiantes universitarios españoles, se observan diferencias en los puntajes promedios, los cuales fueron de 16,96 para la muestra de hombres, y de 16,42 para la de mujeres. Sin embargo, cuando se comparan los resultados del presente estudio con otro antecedente desarrollado con 41 estudiantes foráneos de la misma Universidad (Moradt & Álvarez, 2012), las diferencias no resultan significativas. Específicamente en este último estudio, el promedio para el grupo de hombres fue de 14,39 y de 12,89 para las mujeres.

### 7.3.4 Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff

Las Escalas de Bienestar de Ryff no cuentan aún con baremos en población colombiana. Por lo tanto, para efectos de este estudio, se tomaron como referencia los resultados del estudio de Giraldo (2014), en el cual se hizo uso de este instrumento con población adulta de Medellín y del Área Metropolitana. Se halló en el estudio de Giraldo (2014) promedios en un rango entre mínimo 16, 4 y máximo 28, 6, en el presente estudio se encuentran medias de promedios mínimo de 16, 7 y máximo de 25, 1. Encontrándose similitudes entre los resultados.

En la Tabla 20 a continuación se presenta la distribución por dimensiones y puntaje total de las tres cohortes del pregrado de psicología.

Tabla 20

*Distribución de las dimensiones de la Escala de Bienestar psicológico Ryff por cohortes*

Variable	Cohorte 1		Cohorte 2		Cohorte 3		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	<i>M</i>	<i>f<sub>i</sub></i>	<i>M</i>	<i>f<sub>i</sub></i>	<i>M</i>	<i>Fi</i>	<i>M</i>
Autoaceptación	23	17,5	67	16,7	24	18,4	114	17,2
Relaciones	23	21,7	67	20,6	24	23,0	114	21,3
Autonomía	23	23,2	67	23,2	24	25,1	114	23,6
Domino entorno	23	22,1	67	20,1	24	22,6	114	21,1
Crecimiento personal	23	20,5	67	18,9	24	21,5	114	19,7
Propósito en la vida	23	21,9	67	20,7	24	22,2	114	21,3
Puntaje Total	23	127,0	67	120,7	24	132,4	114	124,4

*Nota: N= Muestra total; f<sub>i</sub>= Frecuencia absoluta; M= Media*

Se observa que la Cohorte 2 presenta los puntajes promedios más bajos en las dimensiones de Bienestar Psicológico General, Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía y Propósito en la vida, si se los compara con las Cohortes 1 y 3. Por su parte, la

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

cohorte 3 presenta los puntajes más altos en cuatro de las dimensiones de Bienestar Psicológico y, las tres cohortes presentan promedios similares en las dimensiones: Dominio del Entorno y Crecimiento Personal.

Respecto a los resultados obtenidos según sexo, se observa que tanto las mujeres como los hombres presentan promedios similares en el total de las dimensiones que componen el Bienestar Psicológico (Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno y Crecimiento Personal). La única dimensión en la que se presentan diferencias por sexo es en la de Propósito en la vida, en la que se da un mayor promedio en la muestra de mujeres (véase Tabla 21).

Tabla 21

*Distribución de las dimensiones de la Escala de Bienestar psicológico Ryff por sexo*

Variable	Hombres		Mujeres		TOTAL	
	<i>fi</i>	M	<i>fi</i>	M	<i>fi</i>	M
Autoaceptación	48	17,2	66	17,2	114	17,2
Relaciones Positivas	48	20,8	66	21,7	114	21,3
Autonomía	48	23,9	66	23,4	114	23,6
Domino Entorno	48	20,8	66	21,2	114	21,1
Crecimiento Personal	48	19,6	66	19,8	114	19,7
Propósito Vida	48	20,2	66	22,0	114	21,3
Puntaje Total	48	123,3	66	125,3	114	124,4

*Nota: N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta*

### 7.3.5 Escalas de Bienestar Social

Las Escalas de Bienestar Social no cuentan con baremos para población colombiana, por otro lado los resultados obtenidos en investigaciones en otros países no son congruentes con los

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

resultados obtenidos en el presente estudio. Por tal motivo, se obtuvieron promedios que mostraron la distribución de los puntajes directos obtenidos en esta muestra.

En términos generales, se observan diferencias por cohortes entre los puntajes promedios de algunas dimensiones de la Escala de Bienestar Social, tal como en la dimensión que mide el Puntaje General, en la que la Cohorte 3 presenta promedios más altos en comparación con las demás. La dimensión de Aceptación Social, por su parte, presenta un promedio significativamente bajo en la cohorte 3, mientras que las Cohorte 1 y 2 comparten promedios similares y altos. En la dimensión de Actualización Social se identifican promedios similares para las tres cohortes. Continuando la descripción, se halla en la dimensión de Coherencia Social y de Integración Social que en las tres cohortes, los promedios se ubican en un nivel medio y que no presentan diferencias estadísticamente significativas. Por último, las tres cohortes obtuvieron los promedios más bajos en la dimensión de Contribución Social. Para más detalles, véase la Tabla 22 a continuación.

Tabla 22

*Distribución de la muestra en las dimensiones de la Escala de Bienestar Social por cohortes*

Variable	N							
	Cohorte 1		Cohorte 2		Cohorte 3		Total	
	<i>fi</i>	<i>M</i>	<i>fi</i>	<i>M</i>	<i>fi</i>	<i>M</i>	<i>Fi</i>	<i>M</i>
Integración Social	23	17,7	67	17,2	24	19,3	114	17,7
Aceptación Social	23	19,4	67	19,1	24	21,9	114	19,8
Contribución Social	23	10,7	67	11,5	24	10,0	114	11,0
Actualización Social	23	16,7	67	16,1	24	16,2	114	16,3
Coherencia Social	23	15,5	67	14,1	24	14,5	114	14,5
Puntaje Total	23	79,26	67	78,4	24	83,1	114	79,6

*Nota:* N= Muestra total; *fi*= Frecuencia absoluta; *M*= Media

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Cuando se comparan las puntuaciones promedios obtenidas por sexo, no se observan estadísticamente diferencias significativas entre hombres y mujeres en los diferentes dominios del Bienestar Social. Para más detalles véase la Tabla 23.

Tabla 23

*Distribución de la muestra las dimensiones de la Escala de Bienestar Social por sexo*

Variable	N					
	Hombre		Mujer		TOTAL	
	<i>fi</i>	<i>M</i>	<i>fi</i>	<i>M</i>	<i>Fi</i>	<i>M</i>
Integración Social	48	17,4	66	18,0	114	17,7
Aceptación Social	48	20,3	66	19,4	114	19,8
Contribución Social	48	11,2	66	10,8	114	11,0
Actualización Social	48	16,1	66	16,4	114	16,3
Coherencia Social	48	14,5	66	14,5	114	14,5
Escala Total	48	80,2	66	79,1	114	79,6

*Nota:* N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta; M= Media

### 7.3.6. Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad

Para la interpretación del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 se utilizaron los niveles (alto, medio y bajo) recomendados por la OMS tras un estudio de confiabilidad y validez en una muestra de poblaciones generales en 10 países, dentro de los cuales se encuentra Colombia (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Los resultados de la presente investigación comparados por cohortes, muestran que todas ellas presentan promedios bajos en el Puntaje Total. No obstante, la Cohorte 2 presenta una mayor puntuación promedio en comparación con las demás cohortes en esta variable. Adicionalmente, la Cohorte 2 presentó mayores promedios que las otras dos cohortes en los dominios Movilidad, Cuidado Personal, Actividades de la Vida Diaria y Participación,

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

aunque todas ellas se ubican en niveles bajos atendiendo a los niveles criterios recomendados por la OMS. Para revisar más detalladamente estos datos, véase la Tabla 24.

Tabla 24

*Distribución de la muestra por dominios del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 por cohortes*

Variable	N							
	Cohorte 1		Cohorte 2		Cohorte 3		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>Fi</i>	%
Cognición								
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	23	100	67	100	24	100	114	100
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Movilidad								
Alto	0,0	0,0	1	1,4	0,0	0,0	1	0,87
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	23	100	66	98,0	24	100	113	99,1
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Cuidado Personal								
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	23	100	67	100	24	100	114	100
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Relaciones								
Alto	0,0	0,0	1	1,4	0,0	0,0	1	0,87
Medio	1	4,3	2	3	0,0	0,0	3	2,67
Bajo	22	95,6	64	95,5	24	100	110	96,3
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Actividades de la vida diaria								
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	4	5,9	0,0	0,0	4	3,5
Bajo	23	100	63	94,0	24	100	110	96,5
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Participación								
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	2	2,9	0,0	0,0	2	1,8
Bajo	23	100	65	97,0	24	100	112	98,1
Total	23	100	67	100	24	100	114	100
Puntaje Total								
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	23	100	67	100	24	100	114	100
Total	23	100	67	100	24	100	114	100

*Nota:* N= Muestra total; *fi*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Respecto a la variable sexo, se observa que tanto la muestra femenina como la masculina presentan promedios similares en los dominios de Cognición, Cuidado Personal, Relaciones, Participación y Actividades de la Vida Diaria, ubicándose en niveles principalmente bajos. Por su parte, si bien en el dominio de Movilidad tanto los hombres como las mujeres mostraron promedios bajos, se observa que las mujeres presentan un promedio más alto. Referente al Puntaje Total del cuestionario, se puede observar que toda la muestra está ubicada en el nivel bajo. Para ver más detalles, véase la Tabla 25.

Tabla 25

*Distribución de la muestra en el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 por sexo*

Variable	N					
	Hombre		Mujer		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Cognición						
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	48	100	66	100	114	100
Total	48	100	66	100	114	100
Movilidad						
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	1	1,5	1	0,87
Bajo	48	100	65	98,4	113	99,1
Total	48	100	66	100	114	100
Cuidado Personal						
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	48	100	66	100	114	100
Total	48	100	66	100	114	100
Relaciones						
Alto	0,0	0,0	1	1,5	1	0,87
Medio	0,0	0,0	3	4,5	3	2,6
Bajo	48	100	63	95,4	110	96,4
Total	48	100	66	100	114	100
Actividades de la vida diaria						
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	1	2	3	4,5	4	3,5

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Distribución de la muestra en el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 por sexo (continuación)*

	Hombre		Mujer		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>f<sub>i</sub></i>	%	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Bajo	47	97,9	63	95,4	110	96,4
Total	48	100	66	100	114	100
Participación						
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	2	3	2	1,7
Bajo	48	100	64	96,9	112	98,2
Total	48	100	66	100	114	100
Puntaje Total						
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bajo	48	100	66	100	114	100
Total	48	100	66	100	114	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.3.7 Escala de Síntomas Revisado - SCL- 90-R

El SCL90-R actualmente no cuenta con baremos en población colombiana. Por tal motivo, se tomó como referencia el estudio de Donado (2010) con adolescentes colombianos con el fin de observar las medias de este estudio con las obtenidas en el presente estudio. Los promedios del estudio de referencia obtuvieron unas medias de mínimo 0,63 y máximo 1,89. En el presente estudio se obtuvieron medias de mínimo 0,18 y máximo 1,63.

En términos generales, se observa en el SCL-90-R que la dimensión Somatización obtuvo los promedios más altos en comparación con las demás dimensiones. Para esta dimensión, se identifica que tanto las Cohortes 1 y 2 arrojaron los promedios más altos en comparación con la Cohorte 3. Las dimensiones Obsesión Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, y la Escala Adicional también arrojan las medias más altas de la muestra con un rango entre 0,88 a 1,20. Las dimensiones con puntuaciones medias más bajas son: Psicoticismo, sin diferencias significativas entre las tres cohortes, sin embargo Cohorte 2

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

presenta ligeramente promedios más altos; y la dimensión de Ansiedad Fóbica, observándose que la Cohorte 2 puntúa más alto en comparación con las cohortes 1 y 3. Se evidencia en la dimensión Hostilidad que en la Cohorte 2 se sitúan las medias más altas, en comparación con la Cohorte 1 y la Cohorte 3. Finalmente, en la dimensión Ansiedad, las cohortes 1 y 3 presenta medias similares entre sí, mientras que la Cohorte 2 presenta promedios más altos. Para mayor información, véase la Tabla 26.

Tabla 26

*Distribución de la muestra en las dimensiones e índices globales del cuestionario SCL-90-R por cohortes*

Variable	N							
	Cohorte 1		Cohorte 2		Cohorte 3		Total	
	<i>fi</i>	M	<i>Fi</i>	M	<i>fi</i>	M	<i>fi</i>	M
Somatización	23	1,03	67	1,02	24	0,97	114	1,01
Obsesión-Compulsión	23	0,99	67	1,27	24	0,95	114	1,14
Sensibilidad interpersonal	23	0,94	67	1,12	24	0,59	114	0,97
Depresión	23	0,93	67	1,20	24	0,88	114	1,08
Ansiedad	23	0,60	67	0,73	24	0,61	114	0,68
Hostilidad	23	0,52	67	0,81	24	0,65	114	0,72
Ansiedad fóbica	23	0,19	67	0,26	24	0,18	114	0,23
Ideación paranoide	23	0,71	67	0,77	24	0,58	114	0,72
Psicoticismo	23	0,30	67	0,40	24	0,30	114	0,36
Escala adicional	23	0,91	67	0,98	24	0,96	114	0,96
Índice sintomático general	23	0,75	67	0,91	24	0,63	114	0,82
Total síntomas positivos	23	38,0	67	43,1	24	39,2	114	41,2
Índice Distrés síntomas positivos	23	1,61	67	1,63	24	1,47	114	1,59

*Nota:* N= Muestra total; *fi*= Frecuencia absoluta.

Referente a la variable sexo, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones (Somatización, Obsesión Compulsión,

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Escala Adicional, Índice Sintomático General, Total Síntomas Positivos e Índice de Distrés Sintomático). Para más información, véase la tabla 27.

Tabla 27

*Distribución de la muestra en las dimensiones e índices globales del cuestionario SCL-90-R por sexo*

Variable	N					
	Hombre		Mujer		Total	
	<i>f<sub>i</sub></i>	M	<i>f<sub>i</sub></i>	M	<i>f<sub>i</sub></i>	M
Somatización	48	0,91	66	1,09	114	1,01
Obsesión-Compulsión	48	0,98	66	1,26	114	1,14
Sensibilidad interpersonal	48	0,90	66	1,03	114	0,97
Depresión	48	0,89	66	1,22	114	1,08
Ansiedad	48	0,63	66	0,72	114	0,68
Hostilidad	48	0,70	66	0,73	114	0,72
Ansiedad fóbica	48	0,18	66	0,27	114	0,23
Ideación paranoide	48	0,72	66	0,71	114	0,72
Psicoticismo	48	0,45	66	0,29	114	0,36
Escala adicional	48	0,94	66	0,97	114	0,96
Índice sintomático general	48	0,71	66	0,90	114	0,82
Total síntomas positivos	48	39,2	66	42,7	114	41,2
Índice Distrés síntomas positivos	48	1,56	66	1,62	114	1,59

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; M= Media

#### 7.4. Análisis Correlacional

Cuando los datos obtenidos en las variables no seguían una distribución normal, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para realizar los análisis correlacionales entre los dominios, factores y dimensiones de los siguientes instrumentos: *Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo*, para los factores Ansiedad y hostilidad; Escala de Satisfacción con la Vida; Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff; en las dimensiones Crecimiento Personal y Propósito en la Vida; Escalas de Bienestar Social, en las dimensiones Aceptación Social, Contribución Social, Actualización Social y Coherencia Social; el Cuestionario para la

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Evaluación de la Discapacidad 2.0. en el dominio Cognición, Movilidad, Cuidado Personal, Relaciones, Actividades de la Vida diaria y participación, y el SCL-90-R, en las dimensiones de Somatización, Obsesión compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Escala Adicional e Índice Sintomático General.

Cuando los resultados presentaban una distribución normal, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para realizar los análisis correlacionales entre los dominios, factores y dimensiones de los siguientes instrumentos: *Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo*, para los factores Proactividad y Activación; Escala de Satisfacción con la Vida; Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff; en las dimensiones Escala Total, Relaciones Positivas, Autonomía y Dominio del Entorno; Escalas de Bienestar Social, en las dimensiones Escala Total e Integración Social; el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0. en la Escala General y el SCL-90-R, en el Total de Síntomas Positivos y en el Índice de Distrés Sintomático.

A continuación, se presentará los resultados obtenidos en los análisis correlaciones entre las dimensiones de los instrumentos.

### **7.4.1. Correlación del PANAS con variables de las Escalas de Bienestar Social, Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff y SCL-90-R.**

Al correlacionar las variables del instrumento PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo se encontró correlaciones significativas con variables de los otros instrumentos aplicados.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

En el factor de Proactividad del PANAS se encontró una correlación positiva y fuerte con el factor Activación de su misma escala. En cuanto al factor Ansiedad se encontró una correlación negativa y débil con el Bienestar Psicológico total. Por su parte, en los factores Proactividad y Activación se presentó una correlación positiva y fuerte con el Bienestar Psicológico total y las dimensiones Autoaceptación, Dominio del Entorno y Propósito en la vida de esta escala.

En cuanto al SCL-90-R, se halló correlación positiva y fuerte con el factor Ansiedad del PANAS. Referente al factor Activación de este último instrumento, se presentaron correlaciones fuertes y negativas con las dimensiones Obsesión Compulsión, Depresión y el Índice Sintomático General del SCL-90-T. En el factor Hostilidad, solo se presentaron correlaciones positivas pero débiles con las dimensiones del SCL-90-R Hostilidad, Índice Distrés Sintomático e Índice Sintomático General.

Referente a las correlaciones entre los factores del PANAS y el Bienestar Social, se encontró correlación negativa y sin fuerza entre el factor Activación del PANAS con la dimensión Contribución Social de la Escala de Bienestar Social.

Por último, respecto a la Escala de Satisfacción con la Vida se presentaron correlaciones sin fuerza y positivas con los factores Activación y Proactividad del PANAS. Para más detalles, véase la Tabla 28.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Tabla 28

*Correlación Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS*

<b>Variable</b>		<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>
Ansiedad Panas	SCL-90-R Ansiedad	0,000	,559*
	SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	,436
	Bienestar Psicológico Ryff	0,000	-,439
Proactividad Panas	Panas activación	0,000	,645*
	Satisfacción con la vida	0,000	,436
	Bienestar Psicológico Ryff	0,000	,616*
	Bienestar Psicológico Autoaceptación	0,000	,581*
	Bienestar Psicológico Dominio Entorno	0,000	,578*
	Bienestar Psicológico Propósito Vida	0,000	,546*
Activación Panas	Bienestar Psicológico Ryff	0,000	,600*
	Bienestar Psicológico Autoaceptación	0,000	,564*
	Bienestar Psicológico Dominio Entorno	0,000	,603*
	Bienestar Psicológico Propósito Vida	0,000	,541*
	Satisfacción con la Vida	0,000	,463
	Bienestar Social contribución social	0,000	-,422
	SCL-90-R Obsesión Compulsión	0,000	-,521*
	SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	-,473
	SCL-90-R Depresión	0,000	-,513*
	SCL Índice Sintomático General	0,000	-,538*
Hostilidad Panas	SCL-90-R Índice Distrés Sintomático	0,001	,314
	SCL-90-R Índice Sintomático General	0,000	,323
	SCL-90-R Hostilidad	0,000	,421

*Nota: \* fuerza en la correlación.*

**7.4.2. Correlación de la Escala de Satisfacción con la Vida, con variables de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, Escalas de Bienestar Social, y Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo.**

Al correlacionar las puntuaciones directas de la Escala de Satisfacción con la Vida con las dimensiones de la Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, se ha observado una correlación positiva significativa y fuerte.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Los datos también muestran que hay una fuerte correlación entre la Escala de Satisfacción con la Vida y las dimensiones de Bienestar psicológico de Autoaceptación y Dominio del Entorno.

Por otro lado, se observa una significativa pero débil correlación de la Escala de Satisfacción con la Vida con los factores de Activación y Proactividad de la Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo.

Finalmente, se encuentra una correlación negativa y significativa y débil entre la Satisfacción con la Vida y la dimensión de Contribución Social del instrumento Escalas de Bienestar Social. Para ver más detalles, véase la Tabla 29

Tabla 29

*Correlación de la Escala de Satisfacción con la vida con otras escalas de bienestar*

<b>Variables</b>	<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>
Satisfacción con la Vida	PANAS Activación	0,000 ,463
	PANAS Proactividad	0,000 ,436
	Bienestar psicológico Ryff Total	0,000 ,522*
	Bienestar psicológico Autoaceptación	0,000 ,591*
	Bienestar psicológico Dominio entorno	0,000 ,550*
	Bienestar psicológico Propósito con la vida	0,000 ,482
	Bienestar social Contribución social	0,000 -,415

*Nota: \* fuerza en la correlación.*

### **7.4.3. Correlación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff entres sus propias dimensiones y el SCL-90-R**

Al analizar las correlaciones entre las variables de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff con otros instrumentos, se encontró que la correlación entre el Bienestar Psicológico General

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

y las demás dimensiones de la propia escala es positiva, significativa y fuerte. Entre dimensiones de la misma escala, se observa que la Autoaceptación presenta correlación positiva con las dimensiones de Propósito en la Vida, Crecimiento Personal y Dominio del Entorno. Se evidencia que la dimensión Autonomía presenta significación pero poca fuerza en la correlación con la dimensión de Crecimiento Personal y Dominio del Entorno.

Finalmente se identifica que Dominio del Entorno es significativo y correlaciona positivamente con las dimensiones de Crecimiento Personal y Propósito en la Vida. Véase Tabla 30

Tabla 30

*Análisis correlacional entre las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff*

<b>Variable</b>		<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>
Bienestar Psicológico de Ryff Escala Total	Bienestar Psicológico Autoaceptación	0,000	,815*
	Bienestar Psicológico Relaciones Positivas	0,000	,595*
	Bienestar Psicológico Autonomía	0,000	,629*
	Bienestar Psicológico Dominio Entorno	0,000	,808*
	Bienestar Psicológico Crecimiento Personal	0,000	,750*
	Bienestar Psicológico Propósito Vida	0,000	,768*
	SCL-90-R Somatización	0,000	-,499
	SCL-90-R Obsesión Compulsión	0,000	-,527*
	SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	-,613*
	SCL-90-R Depresión	0,000	-,582*
	SCL-90-R Ansiedad	0,000	-,506*
	SCL-90-R Psicoticismo	0,000	-,557*
	SCL-90-R Índice Sintomático General	0,000	-,642*
	SCL-90-R Total Síntomas Positivos	0,000	-,528*

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Análisis correlacional entre las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (continuación)*

<b>Variable</b>		<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>	
Autoaceptación	Bienestar Psicológico Autonomía	0,000	,482	
	Bienestar Psicológico Dominio Entorno	0,000	,747*	
	Bienestar Psicológico Crecimiento Personal	0,000	,583*	
	Bienestar Psicológico Propósito Vida	0,000	,691*	
	SCL-90-R Obsesión Compulsión	0,000	-,499	
	SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	-,502*	
	SCL-90-R Índice Sintomático General	0,000	-,509*	
	SCL-90-R Depresión	0,000	-,506*	
	Relaciones Positivas	Bienestar Psicológico Crecimiento Personal	0,000	,479
		SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	-,575*
SCL-90-R Psicoticismo		0,000	-,522*	
SCL-90-R Ideación Paranoide		0,000	-,476*	
Autonomía		Bienestar Psicológico Dominio Entorno	0,000	,412
	Bienestar Psicológico Crecimiento Personal	0,000	,422	
	SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	-,543*	
	Dominio del Entorno	Bienestar Psicológico Crecimiento Personal	0,000	,539*
Bienestar Psicológico Propósito Vida		0,000	,706*	
SCL-90-R Somatización		0,000	-,497	
SCL-90-R Obsesión Compulsión		0,000	-,490	
SCL-90-R Depresión		0,000	-,568*	
Crecimiento Personal		Bienestar Psicológico Propósito Vida	0,000	,512*
	SCL-90-R Sensibilidad Interpersonal	0,000	-,499	
	SCL-90-R Psicoticismo	0,000	-,401	
	SCL-90-R Depresión	0,000	-,434	
	Índice Sintomático General	0,000	-,426	
	Propósito en la vida	SCL-90-R Depresión	0,000	-,451
		SCL-90-R Somatización	0,000	-,412
SCL-90-R Obsesión Compulsión		0,000	-,403	
SCL-90-R Ansiedad		0,000	-,409	
SCL-90-R Psicoticismo		0,000	-,444	
Índice Sintomático General		0,000	-,464	

*Nota: \* fuerza en la correlación.*

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Tal como se observa en la tabla anterior, las dimensiones de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff correlacionan con diferentes dimensiones del SCL-90-R. Así, la escala Global de Bienestar Psicológico presenta una correlación significativa, fuerte y negativa con las dimensiones Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Psicoticismo, Índice Sintomático General y Total Síntomas Positivos del SCL-90-R. Por su parte, la dimensión Autoaceptación de Bienestar Psicológico correlaciona con fuerza y negativamente con las dimensiones Depresión e Índice Sintomático General del SCL-90-R. En la dimensión de Relaciones Positivas se observa significación y correlación negativa y fuerte con las dimensiones Psicoticismo y con poca fuerza con la de Ideación Paranoide. Por otro lado, se presenta una correlación significativa y negativa fuerte de la dimensión Autonomía de Bienestar Psicológico con la Sensibilidad Interpersonal del SCL-90-R. Además, en las dimensiones Depresión e Índice Sintomático General del SCL-90-R se evidencia una fuerte correlación negativa con la dimensión del Entorno de la escala de Bienestar Psicológico. De la misma escala. Para ver otras correlaciones obtenidas en este análisis.

Respecto a las correlaciones débiles se identifica en la dimensión de Bienestar psicológico de Ryff total correlación débil y negativa con la dimensión Somatización del SCL-90-R. La dimensión Autoaceptación presenta igualmente correlación negativa y débil con la dimensión Obsesión compulsión del SCL-90-R, se observa en la dimensiones de Relaciones positivas débil correlación y negativa con la dimensión de ideación paranoide del SCL-90-R y débil correlación positiva con otras dimensiones de su propia escala como dominio del entorno y crecimiento personal. Además la dimensión Dominio del Entorno muestra correlación negativa y débil con las dimensiones Somatización y Obsesión compulsión del SCL-90-R. Por su parte la dimensión Crecimiento Personal presenta débil

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

correlación negativa con el Índice Sintomático General, Sensibilidad Interpersonal y Depresión del SCL-90-R, finalmente la dimensión Propósito en la Vida. Igualmente, se muestra una correlación significativa y negativa pero poca fuerza con las dimensiones de Depresión, Somatización, Obsesión Compulsión, Ansiedad, Psicoticismo e índice Sintomático General del SCL-90-R.

### **7.4.4. Correlación entre las Escalas de Bienestar Social con las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, SCL-90-R y Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0**

Al desarrollar la correlación entre el puntaje total de las Escalas de Bienestar Social con sus propias dimensiones, se encuentra que hay correlación fuerte y positiva con la dimensión de Integración Social y Aceptación Social.

La dimensión Integración Social correlaciona fuerte y positivamente con el Bienestar Psicológico Total y sus dominios Autoaceptación, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Relaciones Positivas. Por su parte, la Aceptación Social no correlaciona de manera significativa con ninguna de las variables de Bienestar Psicológico.

Por su parte, la Contribución Social presenta una correlación negativa significativa aunque débil con la Escala de Satisfacción con la Vida, el Bienestar Psicológico Total y sus dimensiones Dominio del Entorno y Crecimiento Personal. Por otro lado, la Actualización Social presenta una correlación significativa pero muy débil con las dimensiones de Autoaceptación y Propósito con la Vida de la Escala de Bienestar Psicológico, así como con la Escala de Satisfacción con la Vida.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

De manera contraria, la Coherencia Social no tiene correlación con ninguna de las dimensiones de Bienestar Psicológico. Únicamente presenta una correlación significativa y negativa pero muy débil con los dominios Cognición y Actividades de la Vida Diaria del Cuestionario WHODAS 2.0.

Al revisar la correlación entre Bienestar Social Total y el SCL-90-R, se identifica que tiene una correlación fuerte y positiva con las dimensiones de Ideación Paranoide. Por su parte, la Aceptación Social se correlaciona muy débil y negativamente la dimensión de Sensibilidad Interpersonal del SCL-90-R y con el Puntaje Total del Cuestionario WHODAS. Lo mismo ocurre con la Contribución Social, que correlaciona débilmente con Depresión del SCL-90-R pero positivamente.

Finalmente, al analizar la correlación entre Bienestar Social y el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0., se encuentra que el Bienestar Social Total correlaciona significativamente aunque de manera débil y negativa con los dominios Cognición y Relaciones del WHODAS 2.0. Por su parte, la Integración Social presenta una correlación negativa y fuerte con el dominio de Relaciones del WHODAS 2.0. Para información más detallada, véase la Tabla 31.

Tabla 31

### *Análisis correlacional de las Escalas de Bienestar Social*

<b>Variable</b>	<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>
Bienestar Social Total Relaciones positivas	0,000	,546*
Bienestar social Integración social	0,000	,703*
Bienestar Social Aceptación Social	0,000	,619*
SCL Ideación Paranoide	0,000	-,512*
SCL Total síntomas positivos	0,000	-,496

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Análisis correlacional de las Escalas de Bienestar Social (continuación)*

Variable		Significación	Correlación
	WHODAS Cognición	0,000	-,432
	WHODAS Relaciones	0,000	-,487
Integración social	Bienestar psicológico total	0,000	,636*
	Autoaceptación	0,000	,536*
	Relaciones positivas	0,000	,575*
	Dominio entorno	0,000	,544*
	Crecimiento personal	0,000	,500*
	Sensibilidad interpersonal	0,000	-,498
	WHODAS Relaciones	0,000	-,573*
	WHODAS Puntaje general	0,000	-,482
Aceptación Social	SCL Sensibilidad Interpersonal	0,004	-,272
	Cuestionario Discapacidad/Total	0,002	-,281
	SCL Depresión	0,000	,374
	Escala de Satisfacción de la vida	0,000	-,415
	Bienestar Psicológico total	0,000	-,401
	Dominio Entorno	0,000	-,433
	Crecimiento Personal	0,000	-,377
Actualización Social	Escala Satisfacción Vida	0,000	,326
	Autoaceptación	0,000	,335
	Propósito Vida	0,001	,313
Coherencia Social	WHODAS Cognición	0,000	-,363
	WHODAS Actividades Vida Diaria	0,004	-,264

*Nota: \* fuerza en la correlación.*

**7.4.5. Correlación del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 con sus propios dominios y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, Bienestar Social y SCL-90-R**

Se observa que el dominio Cognición del WHODAS 2.0 correlaciona de manera significativa, negativa y fuerte con el Dominio del Entorno de la escala de Bienestar psicológico de Ryff. Por su parte, la dimensión Relaciones del WHODAS 2.0 correlaciona negativamente con la dimensión de Bienestar psicológico de Relaciones Positivas.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Al analizar la correlación entre Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad se encontró que el dominio de Discapacidad General es significativo y tiene una fuerte correlación positiva con los demás dominios de su propia escala: Cognición, Movilidad, Cuidado Personal, Relaciones, Actividades de la Vida Diaria y Participación. Se Observa que el dominio de Actividades de la Vida Diaria correlacionan fuerte y positivamente con el dominio de Cognición y Participación. Sin embargo con los dominios de Autoaceptación y Dominio del entorno de la Escala de Bienestar Psicológico se presenta una correlación negativa y débil. La variable Movilidad no presenta fuerte correlación con ningún otro dominio o dimensión, sin embargo presenta correlaciones positivas con Cuidado personal y Actividades de la vida de su misma escala. Se muestra en el dominio Cuidado Personal fuerte correlación positiva con el dominio Actividades de la Vida Diaria. Este último dominio presenta correlación ascendente y significativa con el dominio participación. El dominio de Relaciones presenta una correlación fuerte con el dominio Cognición.

Respecto a las correlaciones entre los dominios del WHODAS 2.0 con el SCL-90-R, se halló que todas son positivas. Las correlaciones se presentaron con fuerza entre el dominio de Cognición con las dimensiones de Somatización, Obsesión compulsión, Depresión, Índice sintomático general y el Total de síntomas positivos. El dominio Movilidad correlacionó positivamente pero con poca fuerza con los dominios de Somatización, Ansiedad e Ideación paranoide del SCL-90-R. Referente al dominio Cuidado personal, la correlación se presentó con la dimensión de Depresión. En cuanto al dominio Relaciones, las correlaciones se presentaron con los dominios de Sensibilidad Interpersonal, Psicoticismo y el Índice Sintomático General. Se muestra en el dominio de Participación una correlación con las dimensiones de Somatización y el Índice Sintomático General. Las correlaciones que se encontraron con poca fuerza se presentaron en el dominio de Actividades de la Vida Diaria

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

con las dimensiones de Somatización y Obsesión Compulsión. También se hallaron correlaciones positivas y con fuerza entre el puntaje Total del WHODAS 2.0 y las dimensiones Somatización, Obsesión Compulsión, Depresión, Ansiedad, Índice Sintomático general y el Índice Distrés Síntomas Positivos del SCL-90-R.

Finalmente, se hallaron correlaciones entre las Escalas de Bienestar Social y algunos de los dominios del WHODAS 2.0. Respecto al dominio Relaciones, la correlación que se presento fue negativa y de fuerza con Integración Social. El dominio Actividades de la Vida Diaria correlacionó positivamente pero con poca fuerza con la dimensión de Contribución Social y, por último, se halló una correlación débil y negativa entre el dominio de Cuidado personal y la escala total de Bienestar Social.

Todos los dominios anteriores componen el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad. Para más detalles véase la tabla 32.

Tabla 32

*Correlación entre Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0*

<b>Variable</b>		<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>
Cognición	Bienestar Psicológico Ryff	0,000	-,520*
	Dominio Entorno	0,000	-,530*
	WHODAS Relaciones	0,000	,508*
	WHODAS Actividades Vida Diaria	0,000	,571*
	WHODAS Participación	0,000	,574*
	SCL Somatización	0,000	,537*
	SCL Obsesión Compulsión	0,000	,576*
	SCL Depresión	0,000	,580*
	SCL Índice Sintomático general	0,000	,614*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,559*

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Correlación entre Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0  
(continuación)*

<b>Variable</b>		<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>	
Movilidad	WHODAS Cuidado Personal	0,000	,469	
	WHODAS Actividades Vida Diaria	0,000	,376	
	SCL Somatización	0,000	,363	
	SCL Ansiedad	0,000	,302	
	SCL Ideación Paranoide	0,000	,305	
	Cuidado Personal	SCL Depresión	0,000	,517*
	SCL Somatización	0,000	,491	
	Escala de Bienestar Social	0,000	-,358	
Relaciones	Bienestar Psicológico de Ryff Total	0,000	-,555*	
	Bienestar psicológico Relaciones Positivas	0,000	-,607*	
	Bienestar Social Integración Social	0,000	-,573*	
	SCL Sensibilidad Interpersonal	0,000	,579*	
	SCL Psicoticismo	0,000	,543*	
	SCL Índice Sintomático general	0,000	,561*	
	Actividades Vida Diaria	WHODAS Cognición	0,000	,508*
		WHODAS Cognición	0,000	,571*
WHODAS Participación		0,000	,509*	
WHODAS Cuidado Personal		0,000	,454	
Bienestar psicológico Autoaceptación		0,000	-,377	
Bienestar psicológico Dominio Entorno		0,000	-,370	
Bienestar Social Contribución Social		0,000	,253	
SCL Somatización		0,000	,484	
Participación	SCL Somatización	0,000	,549*	
	SCL Índice Sintomático general	0,000	,574*	
WHODAS Total	SCL Somatización	0,000	,631*	
	SCL Obsesión Compulsión	0,000	,554*	
	SCL Depresión	0,000	,603*	
	SCL Ansiedad	0,000	,537*	
	SCL Índice Sintomático general	0,000	,581*	
	SCL Índice Distrés Síntomas Positivos	0,000	,512*	
	WHODAS Cognición	0,000	,763*	
	WHODAS Movilidad	0,000	,508*	
	WHODAS Cuidado Personal	0,000	,559*	
	WHODAS Relaciones	0,000	,679*	
	WHODAS Actividades	0,000	,736*	
	WHODAS Participación	0,000	,785*	

*Nota: \* fuerza en la correlación.*

#### **7.4.6 Correlación del SCL-90-R con sus propias dimensiones y el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0**

Al analizar las correlaciones del SCL- 90-R con el WHODAS 2.0 se halló que existe una correlación positiva con las demás dimensiones de su propia escala y con el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0. En cuanto a la dimensión Somatización, se observa una fuerte correlación con las dimensiones depresión, ansiedad y la escala adicional. Igualmente con los índices globales; Índice Sintomático General, Total Síntomas Positivos e Índice Distrés Síntomas Positivos. Además de correlacionar con los dominios Cognición, Participación y Puntaje General del WHODAS 2.0.

Referente a la dimensión Obsesión Compulsión, se encuentran correlaciones significativas y fuertes con las dimensiones Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Psicoticismo, Escala Adicional y los índices Sintomático General, Total Síntomas Positivos y el Índice Distrés Síntomas Positivos. Igualmente, correlaciona con los dominios Cognición y Puntaje General del WHODAS 2.0.

En cuanto la dimensión Sensibilidad Interpersonal, las correlaciones fuertes se dan con los dominios, Depresión, Ansiedad, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Índice Sintomático General, Total Síntomas Positivos e Índice Distrés Síntomas Positivos. Y con el dominio Relaciones del WHODAS 2.0.

En la dimensión Depresión se encontraron correlaciones fuertes con las dimensiones Ansiedad, Psicoticismo, además de la Escala Adicional y los índices Sintomático General,

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Total Síntomas Positivos e Índice Distrés Síntomas Positivos. Y con los dominios Cognición, Cuidado personal y puntaje general del WHODAS 2.0.

La dimensión Ansiedad correlaciona positivamente y con fuerza con Ansiedad Fóbica, Psicoticismo, Escala Adicional y los índices globales; Índice Sintomático General y Total Síntomas Positivos, además del Puntaje General del WHODAS 2.0.

En la dimensión Hostilidad, por su parte, se presenta una correlación fuerte con Ideación Paranoide y los índices Sintomático General y Total Síntomas Positivos, igualmente con el puntaje general del WHODAS. La Ansiedad Fóbica, por su lado, solo presenta una correlación de fuerza con los índices Sintomático General e índice Total Síntomas Positivos, además del Puntaje General del Cuestionario de la Discapacidad.

Se encuentran también correlaciones fuertes entre la dimensión Ideación Paranoide con la dimensión de Psicoticismo y los índices Sintomático General, Total Síntomas Positivos e Índice Distrés Síntomas Positivos. La dimensión Psicoticismo presenta correlación con el Índice Sintomático General y Total Síntomas Positivos, además de correlacionar con el dominio Relaciones del WHODAS 2.0.

Por último, en la Escala Adicional las correlaciones se presentan con los índices Sintomático General, Total Síntomas Positivos e Índice Distrés Síntomas Positivos. Véase tabla 33

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

Tabla 33

*Correlación SCL 90-R*

<b>Variable</b>		<b>Significación</b>	<b>Correlación</b>
Somatización	SCL Obsesión Compulsión	0,000	,547*
	SCL Sensibilidad Interpersonal	0,000	,466
	SCL Depresión	0,000	,654*
	SCL Ansiedad	0,000	,622*
	SCL Escala Adicional	0,000	,532*
	SCL índice Sintomático General	0,000	,709*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,645*
	SCL índice Distrés Síntomas Positivos	0,000	,549*
	WHODAS Cognición	0,000	,536*
	WHODAS Cuidado Personal	0,000	,491
	WHODAS Participación	0,000	,549*
	WHODAS Actividades Vida Diaria	0,000	,449
	WHODAS Puntaje General	0,000	,631*
Obsesión Compulsión	SCL Sensibilidad Interpersonal	0,000	,616*
	SCL Depresión	0,000	,670*
	SCL Ansiedad	0,000	,579*
	SCL Psicoticismo	0,000	,522*
	SCL Escala Adicional	0,000	,525*
	SCL índice Sintomático General	0,000	,696*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,626*
	SCL Índice Distrés Síntomas Positivo	0,000	,528*
	WHODAS Cognición	0,000	,576*
	WHODAS Actividades Vida Diaria	0,000	,448
	WHODAS Participación	0,000	,454
WHODAS Puntaje General	0,000	,554*	
Sensibilidad Interpersonal	SCL Depresión	0,000	,610*
	SCL Ansiedad	0,000	,562*
	SCL Ideación Paranoide	0,000	,615*
	SCL Psicoticismo	0,000	,599
	SCL índice Sintomático General	0,000	,710*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,599*
	SCL índice Distrés Síntomas Positivos	0,000	,600*
	WHODAS Cognición	0,000	,406
	WHODAS Relaciones	0,000	,579*
	WHODAS Participación	0,000	,430
	WHODAS Puntaje General	0,000	,496
Depresión	SCL Ansiedad	0,000	,541*
	SCL Ansiedad Fóbica	0,000	,439
	SCL Psicoticismo	0,000	,573*
	SCL Escala Adicional	0,000	,600*
	SCL Índice Sintomático General	0,000	,837*
	SCL Total Síntomas Positivo	0,000	,713*

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

*Correlación SCL 90-R (continuación)*

Variable		Significación	Correlación
	SCL Índice Distrés Sintomático	0,000	,648*
	WHODAS Cognición	0,000	,580*
	WHODAS Cuidado Personal	0,000	,517*
	WHODAS Puntaje General	0,000	,603*
Ansiedad	SCL Ansiedad Fóbica	0,000	,514*
	SCL Psicoticismo	0,000	,566*
	SCL Escala Adicional	0,000	,510*
	SCL índice Sintomático General	0,000	,655*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,570*
	WHODAS Cognición	0,000	,486
	WHODAS Puntaje General	0,000	,537*
	Hostilidad	SCL Ideación Paranoide	0,000
SCL Psicoticismo		0,000	,465
SCL Escala Adicional		0,000	,466
	SCL índice Sintomático General	0,000	,592*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,538*
	SCL índice Distrés Síntomas Positivos	0,000	,443
	WHODAS Puntaje General	0,000	,434
Ansiedad Fóbica	SCL Escala Adicional	0,000	,497
	SCL índice Sintomático General	0,000	,586*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,502*
	WHODAS Cognición	0,000	,380
	WHODAS Participación	0,000	,456
	WHODAS Puntaje General	0,000	,520*
Ideación Paranoide	SCL Psicoticismo	0,000	,655*
	SCL Índice Sintomático General	0,000	,624*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,544*
	SCL Índice Distrés Síntomas Positivos	0,000	,524*
	WHODAS Relaciones	0,000	,468
	WHODAS Puntaje General	0,000	425
Psicoticismo	SCL Escala Adicional	0,000	,538*
	SCL índice Sintomático General	0,000	,673*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,603*
	WHODAS Cognición	0,000	,445
	WHODAS Relaciones	0,000	,543*
	WHODAS Puntaje General	0,000	,489
Escala Adicional	WHODAS Actividades Vida Diaria	0,000	,427*
	WHODAS Puntaje General	0,000	,424
	SCL Índice Sintomático General	0,000	,677*
	SCL Total Síntomas Positivos	0,000	,555*
	SCL Índice Distrés Síntomas Positivos	0,000	,513*

Nota: \* fuerza en la correlación.

## 8. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se realizó en primer lugar una descripción socio-demográfica y académica de la muestra de estudiantes del Departamento de Psicología participantes en el estudio. A continuación, se identificaron y relacionaron entre sí los indicadores de Bienestar Subjetivo (Satisfacción con la Vida y Afecto Positivo y Negativo) y los de Bienestar Psicológico y Bienestar Social. También, se identificaron y relacionaron las Dimensiones Psicopatológicas y de Discapacidad. Adicionalmente, se analizó la relación entre las Dimensiones Psicopatológicas y de Discapacidad con los indicadores de Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y Bienestar Social en los estudiantes universitarios.

La muestra de estudio seleccionada fue de 114 estudiantes matriculados en el programa de pregrado en psicología de la Universidad de Antioquia. Dicho tamaño de muestra corresponde al 19% de la población total de estudiantes de psicología por lo cual, se considera una muestra representativa de esta población.

En cuanto a las características sociodemográficas, psicosociales y académicas de la muestra, se observa que casi la mitad de los estudiantes tenían edades entre los 21 y 23 años, y que más de la mitad eran mujeres o se situaban en la Cohorte 2, lo cual corresponde con el intervalo de edad más frecuente. Se identifica también que la mitad de la muestra convivía con familiares y solo el 1,8% vivía solo, lo que puede explicar que la financiación fuera frecuentemente por cuenta de los padres en un 45,6%. Por último, se observa que la mayoría de la muestra residía en Medellín.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

De lo anterior se puede inferir que, por lo menos la mitad de la muestra contaba con una adecuada red de apoyo familiar y económico, lo cual puede influir en los resultados de bienestar psicológico, subjetivo, social y en las dimensiones psicopatológicas.

Al revisar los resultados obtenidos en la escala de Afecto Positivo y Negativo – PANAS, en relación a las cohortes, se observa que tanto la cohorte 1, 2 y 3 se ubican en un nivel bajo en el factor Proactividad y Activación, y en un nivel alto de Hostilidad, observándose sólo diferencias entre las cohortes en el factor Ansiedad, en el que las cohortes 1 y 2 puntuaron en un nivel alto mientras que la cohorte 3 se ubicó en un nivel medio. Estos datos, a su vez, no presentan diferencias en función del sexo. Estos resultados son coherentes con un estudio realizado en España con una muestra de 120 sujetos, en el cual al comparar los resultados en función del género de la escala de afecto positivo y negativo no se encontraron diferencias en los resultados de las cuatro escalas básicas a lo largo de la vida. (Alcalá, Camacho, Giner, Giner & Ibáñez, 2006).

El que la muestra universitaria presente niveles más altos en el Afecto Negativo (Ansiedad y Hostilidad) y niveles bajos en el afecto positivo (Activación y Proactividad) puede ser explicado, según Freire (2014), a mecanismos de afrontamiento disfuncionales, tales como la evitación, la culpabilización y la rumiación que pueden predecir un pobre ajuste emocional y, consecuentemente, el afecto negativo. Por otra parte, parece que los pensamientos positivos frente a las situaciones estresantes no reducen los niveles de afecto negativo (Padrós, Soriano & Navarro, 2012), lo cual es congruente con los resultados de las correlaciones en el presente estudio en el que, si el afecto positivo aumenta no se da como consecuencia que el afecto negativo disminuya.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Al comparar estos resultados con los obtenidos por Arango (2007) en un estudio de validación estructural del cuestionario PANAS en población de la ciudad de Medellín y Área Metropolitana, se encontraron diferencias en cuanto a los niveles altos de afecto positivo en este último estudio, en comparación con la presente investigación en la que los niveles altos se dieron en el afecto negativo. Estas diferencias podrían asociarse a la mayor presencia de rasgos de ansiedad en los estudiantes de psicología, tal como se pone de manifiesto en un estudio desarrollado en la ciudad de Bucaramanga (Agudelo, Casadiego & Sánchez, 2008) cuyos niveles se vinculaban fundamentalmente a preocupaciones por el futuro y estresores académicos.

Respecto a la relación entre los resultados obtenidos en los factores de afecto positivo (Proactividad y Activación) en el cuestionario PANAS y los indicadores de bienestar psicológico, se observa una fuerte correlación positiva con los dominios Autoaceptación, Dominio del entorno y Propósito en la vida. Al igual que en el estudio Concepción (2015) donde se identificó que puntajes altos en estas variables de Bienestar Psicológico confluyen con la presencia de afectos positivos los cuales predominan ante los afectos negativos. Además, el factor Activación correlaciona negativamente con las dimensiones Obsesión-Compulsión y Depresión del SCL-90-R. Si bien no se hallaron estudios donde se identifiquen la correlación entre Activación y obsesión-Compulsión si se encontró que el afecto negativo correlaciona con rasgos de Obsesión-Compulsión por tanto este afecto puede ser una variable predictora del TOC (Taberner, Fullana, Caseras, Pertusa, Bados, Van den Bree, Torrubia & Mataix-Cols, 2009). En cuanto a esta última correlación, el modelo de terapia de Activación Conductual para la depresión Barraca, (2009), argumenta que un sujeto que presenta depresión puede disminuir los síntomas significativamente cuando se propone realizar actividades. De esta forma, cuando el sujeto se activa se refuerzan emociones

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

positivas que lo hacen sentir bien con sí mismo y, por tanto, es más probable que esté más dispuesto a realizar nuevas tareas que lo mantengan activo.

Por su parte, la Ansiedad como uno de los factores que componen el Afecto Negativo correlaciona positivamente con la dimensión Sensibilidad Interpersonal del SCL-90-R y, congruentemente, con la dimensión Ansiedad de este instrumento. Respecto a la primera de estas correlaciones, se ha argumentado en un estudio previo que una persona con ansiedad social tendrá menos oportunidades de desarrollar y conservar relaciones sociales significativas, sea tanto a nivel personal como profesional (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez, & Páez, 2008)

Continuando con la discusión, se observó que los resultados de la muestra en la Escala de Satisfacción con la Vida, no presentaba diferencias por sexo aunque sí por cohortes, encontrándose niveles altos en las cohortes 1 y 3 y más bajos en la cohorte 2, si bien la cohorte 2 está por debajo de los promedios de la 1 y 3 está en un nivel esperado de satisfacción con la vida. Estos resultados son acordes a estudios hallados donde el porcentaje de estudiantes que están de acuerdo, o muy de acuerdo, con el contenido de cada una de las cinco afirmaciones que integra la escala satisfacción con la vida es alto (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2001) Congruente con estos resultados, se encuentran datos los obtenidos con estudiantes universitarios, donde tanto hombres como mujeres se sienten igualmente satisfechos con la vida. (Reig et al 2001)

De acuerdo a los resultados del presente estudio es esperable que a mayor satisfacción con la vida los síntomas depresivos tiendan a disminuir. El estudio de Mustaca, Kamenetzky,

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

& Vera (2010) confirma que en una muestra de estudiantes argentinos, la satisfacción con la vida correlaciona negativamente con los síntomas depresivos y con los rasgos de ansiedad.

También se halló una correlación positiva entre el afecto positivo y la satisfacción con la vida, de lo anterior se puede decir que las personas activas y proactivas pueden sentirse más satisfechas con la vida aunque estas variables no dependen la una de la otra. Además se identificó que dicha Satisfacción estaba relacionada positivamente con la Autoaceptación, entendida como la capacidad que tiene la persona de aceptarse a sí misma, tanto con su potencial como con sus limitaciones. Igualmente, la Satisfacción estuvo relacionada con Dominio del Entorno entendido como la capacidad que tiene la persona de generar ambientes propicios que satisfacen las propias necesidades. Lo anterior es congruente con lo planteado por Freire (2014) quien manifiesta que, en la medida que un individuo es autodeterminado y entiende que existe una relación entre sus decisiones y las consecuencias de las mismas, tiende a percibir las situaciones como retos y no como amenazas, por lo que la probabilidad de superar dicha situación aumenta y, en la misma medida, tiene mayor dominio del entorno.

De manera congruente, en el estudio de Zubieta (2008) se observó que a mayor Autoaceptación, Dominio del Entorno y Propósito en la vida, aumenta la Satisfacción con la Vida. También es probable que estos resultados estén asociados a ciertas características sociodemográficas de la muestra, dado que la mayoría son jóvenes que cuentan con apoyo económico y social y con la posibilidad de estar vinculados a la universidad, los cuales están considerados como factores protectores de la salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Es interesante observar en los resultados que estar satisfecho con la vida no necesariamente aumenta la capacidad de contribuir socialmente, dicho resultado coincide con lo observado en el estudio que realizó el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), en el cual se halló niveles bajos de participación y contribución social en la población colombiana. Por su parte Gómez, Villegas de Posada, Barrera & Cruz (2007), identificaron en una muestra de población general colombiana valores altos en satisfacción con la vida, esto corrobora que la correlación negativa entre estas dos variables.

Referente a la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se encontraron similitudes entre los promedios obtenidos en el estudio de Giraldo (2014) y en la presente investigación y, en términos generales, se encontró que tanto mujeres como hombres comparten niveles similares de bienestar psicológico, salvo en la dimensión Propósito en la vida, en la que las mujeres presentan promedios ligeramente mayores que los hombres. Estos resultados pueden ser comparados con los argumentos de Zubieta, (2008) quien dice que las mujeres perciben mejor que los hombres su relación con el entorno social en tanto es un facilitador de tener metas y propósitos en la vida y dicen tener mejores relaciones sociales. En otro estudio, García (2013), sin embargo, se obtuvieron mayores diferencias entre sexos que los del presente estudio, dado que las mujeres se ubicaban mejor en el dominio del entorno, relaciones positivas y propósito en la vida, mientras que los hombres lo hacían en el dominio de Autoaceptación.

Retomando los resultados de la escala de Bienestar Psicológico por cohortes, se observa que las cohortes 1 y 2 se ubican en medias más bajas en relación a la cohorte 3 en los dominios Autoaceptación, Autonomía, Relaciones Positivas y Propósito en la vida. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre cohortes en las variables Dominio del

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Entorno y Crecimiento Personal. Se podría pensar a partir de esto que las personas que se encuentran próximas a finalizar una carrera profesional tengan que enfrentarse a nuevos retos y cambios que se vienen en el proceso personal y académico. Además, es posible inferir que a medida que las personas avanzan en los semestres forman criterios más estables que les permiten responder mejor ante las presiones sociales y, por tanto, ser más autónomos. Dicho esto, se encontró un estudio previo realizado con estudiantes de psicología de últimos semestres de la Universidad de Antioquia (Serna, 2016) que éstos presentaban altos niveles en características de salud mental, tales como satisfacción personal, resolución de problemas y auto-actualización.

En cuanto a las correlaciones identificadas en la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se observa en términos generales correlaciones negativas con las dimensiones Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Psicoticismo y el Índice Sintomático General del SCL-90-R. En este sentido, tal como afirman Casullo & Solano (2000), a mayor grado de psicopatología en los estudiantes se presenta una disminución en la autopercepción de bienestar psicológico. En detalle, a medida que las personas puntúan alto en la dimensión Autoaceptación tiende a disminuir sus síntomas depresivos entendidos como un estado de ánimo displacentero que afecta el interés en las actividades cotidianas, acompañado de sentimiento desesperanzador e ideaciones suicidas. De manera congruente con estos resultados, un estudio previo desarrollado en Argentina en población estudiantil (Casullo & Solano, 2000) reveló que la presencia de psicopatologías afecta especialmente a la Autoaceptación y a los tipos de vínculos psicosociales. Además la aceptación de sí mismo presenta correlación negativa con la presencia de sentimientos de desilusión y con preocupaciones por ser diferente a los demás.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Por su parte, los dominios Relaciones Positivas y Autonomía correlacionaron negativamente con la dimensión Sensibilidad Interpersonal. Al respecto, se encontró en otro estudio que estudiantes con niveles altos en manejo emocional suelen tener mayores niveles de afecto hacia sus amigos e intimidad, igualmente mayor empatía y mayor toma de perspectiva y menores niveles de malestar personal (Extremera & Fernández, 2004). Además, a mayor capacidad de establecer Relaciones Positivas menor posibilidad de presentar síntomas en Psicoticismo, el cual se refiere principalmente a un amplio espectro de síntomas relacionados a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento (Gempp & Avendaño, 2008), así como síntomas de Ideación Paranoide el cual comprende distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide como: pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios (Erazo & Jiménez 2012).

Las correlaciones arrojadas muestran también que, a mayor Dominio del Entorno, la Somatización, la Obsesión Compulsión y la Depresión pueden disminuir. Conforme a lo dicho, se identificó en un estudio realizado en España, la misma relación inversa entre el Dominio del Entorno y la Depresión (Díaz, Blanco, Horcajo, & Valle, 2007). Además, según estos autores, la depresión exhibió correlaciones inversas y significativas con el funcionamiento positivo, el cual se relaciona con el Propósito en la Vida, afirmación que coincide con lo hallado en el presente estudio, en el que al presentarse puntuaciones altas en Propósito en la Vida y Crecimiento Personal los síntomas depresivos se reducen. Sin embargo, estas correlaciones mencionadas no se consideran suficientemente fuertes, lo cual describe que, si bien dichas dimensiones pueden ir juntas, no siempre se afecta una a la otra.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Respecto a los resultados promedios obtenidos en la escala de Bienestar Social se observa que, en comparación con los del estudio de Zubieta (2008), las puntuaciones del presente estudio se sitúan entre 4 y 10 valores por debajo. Adicionalmente, se encontró que la cohorte 3 presenta promedios más altos que la cohorte 1 y 2 en la Escala General, aunque no se encontraron diferencias en los dominios de Aceptación Social, Integración Social, Contribución Social y Coherencia Social. Se halla, en términos generales, que la dimensión de Contribución Social puntúa medias más bajas en relación a las demás escalas, de otro lado la dimensión de Aceptación Social presenta mayores promedios. En relación a la variable sexo, tanto hombres como mujeres puntuaron promedios similares para cada una de los dominios de la escala de Bienestar Social.

Al revisar las correlaciones entre esta escala y otras variables de análisis del estudio, se identifica en primer lugar que las dimensiones Coherencia Social, Actualización Social, Contribución Social y Actualización Social no presentan correlaciones fuertes con las dimensiones de otros instrumentos. En segundo lugar, se observa que las personas que presentan altos promedios en la dimensión Integración Social tienden a mejorar aspectos relacionados con el bienestar psicológico como la Autoaceptación, las Relaciones Positivas, Crecimiento Personal y el Dominio del Entorno. Al respecto, es oportuno mencionar a Freire (2014) quien manifiesta que la Autoaceptación, entendida como la relación entre el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia, presenta una fuerte relación con variables de Integración Social entre un grupo de iguales y el nivel de aspiraciones personales y profesionales. Es esperable, a partir de lo dicho, que las personas que presentan altos niveles de discapacidad en la habilidad de relacionarse con el otro presente mayores dificultades al momento de querer integrarse a la sociedad.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Lo anterior es congruente con la investigación de Blanco & Díaz (2006) donde se argumenta que las personas que disponen de una mejor imagen de sí mismas parecen presentar un alto sentimiento de pertenencia, con lazos y vínculos sociales sólidos (integración social), con un manifiesto propósito e interés por dotar a su vida y al mundo en que viven de sentido y significado (coherencia), y confiadas en el futuro de la sociedad y en su capacidad para producir bienestar (actualización). Esto garantiza mejores condiciones para una salud mental positiva.

Para saber si los estudiantes de psicología de este estudio presentan niveles de salud mental positiva, se comparó las dimensiones de Bienestar social con los resultados obtenidos de la muestra de universitarios del estudio de Blanco & Díaz (2006), estos autores refieren que serían más saludables aquellas personas que tuvieran un arraigado sentimiento de pertenencia y contaran con lazos y vínculos sociales sólidos como apoyo. Referente a lo anterior, se observa que la muestra presenta puntuaciones medias en la dimensión Aceptación social. Dicen los autores además, que aparecerían igualmente con una salud mental más robusta aquellas personas que se sintieran útiles a la colectividad. Según lo dicho, se exhibe que los estudiantes obtuvieron promedios bajos en la dimensión contribución social. Por otra parte, argumentan que las personas más sanas tienen confianza en el futuro de la sociedad, reconocen su potencial de crecimiento y confían en poder beneficiarse de él. Respecto a esto, se encontró en la muestra valores medios en la dimensión Actualización Social, al igual que en Coherencia Social e Integración Social.

Mencionado lo anterior, se puede inferir que la muestra de estudiantes de psicología de la universidad de Antioquia presenta en general niveles medios de Bienestar social, es decir, si bien no se presentan carencias significativas, tampoco obtuvieron promedios que los

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

identifiquen como una población con salud social positiva. Cabe decir que, en la medida que la muestra pueda alcanzar mejores niveles de bienestar social, también mejorará habilidades para tener Relaciones Positivas.

Es importante recordar que los resultados anteriormente discutidos pertenecen específicamente a estudiante universitarios de Colombia y que dichos promedios no tienen punto de referencia con otros estudios realizados en el país. Por ello, es recomendable en próximas investigaciones que se realice la validación en Colombia de la escala de Bienestar social (Keyes, 1998); adaptación española de Blanco & Díaz (2005) con el fin de conocer qué tan válida es la escala para esta población.

Por otra parte, se evaluó la discapacidad en la muestra de universitarios debido a que es tan importante identificar la enfermedad, como saber si las personas pueden trabajar, llevar cabo actividades cotidianas o cumplir el rol de estudiante (OMS,2010). Se encontró en el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0 una correlación positiva con la dimensión Somatización, Obsesión Compulsión y Ansiedad del SCL-90-R. Se observan también correlaciones negativas con una dimensión de Bienestar Psicológico de la siguiente manera, a mayor grado de discapacidad disminuye la capacidad de dominar el Entorno y aumentará la posibilidad de tener síntomas de Somatización, Obsesión Compulsión y Depresión. También se identifica que, al estar afectada la Movilidad en las personas, también aumenta la dificultad en realizar Actividades de la Vida Diaria y en el Cuidado personal. Por otra parte, se halló que la presencia de discapacidad en las Relaciones afecta negativamente las Relaciones Positivas, la capacidad de integrarse a la sociedad, y que además se es más propenso a desarrollar síntomas de Sensibilidad Interpersonal o inadecuación en comparación a las otras personas. A partir de lo dicho, es esperable que una persona que puntúa alto en

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

discapacidad también puntúe alto en dimensiones psicopatológicas y que, de igual manera, en la medida que aumenta la discapacidad disminuya la posibilidad de controlar el ambiente, tener relaciones positivas e integrarse a la sociedad.

Con la intención de comparar los resultados anteriormente nombrados con resultados obtenidos en otros estudios, fue preciso revisar la recopilación de investigaciones realizadas que hicieron uso del instrumento WHODAS 2.0, sin embargo, no fue posible encontrar estudios en población universitaria. Ahora bien, si fue posible encontrar un estudio realizado en población general con el fin de validar el instrumento, por lo cual no se halla una fuente de referencia para hacer comparaciones.

Ahora bien, en la muestra del presente estudio, el 100% de los estudiantes se ubicaron en puntuaciones bajas frente a la evaluación general de la Discapacidad. Específicamente, en los dominios de Movilidad, Cuidado Personal, Actividades de la Vida Diaria y Participación, se observa que la cohorte 2 en relación a la cohorte 1 y 3, presenta promedios ligeramente más altos. No obstante, se ubica también en niveles bajos de discapacidad, lo cual lleva a inferir que posiblemente los estudiantes que podrían estar presentando problemas funcionales para el desarrollo de sus tareas, no puedan siquiera asistir a la universidad o les cueste trabajo vincularse a las actividades. Referente a la variable sexo, se identifican niveles bajos de discapacidad en los dominios de Cognición, y Relaciones tanto para los hombres y las mujeres. En el dominio Movilidad se identifica que las mujeres presentan promedios levemente más altos en relación a los hombres; sin embargo se ubican en un nivel bajo. Se concluye a partir de lo anterior que la aplicación del WHODAS 2.0 fue útil en este caso para afirmar que la población universitaria presenta datos de interés asociados a la funcionalidad. .

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Para realizar la interpretación de los resultados obtenidos a partir del SCL-90-R, se compararon los promedios con los resultantes del estudio de Donado (2010) y los criterios propuestos por el propio cuestionario: promedios entre 0,0 y 0,09 no presentan síntomas significativos; los promedios entre 1,5, a 2,5 presentan rasgos del síntoma sin complicaciones y los promedios entre 3,0 y 4,0 presentan síntomas a nivel significativo.

Con relación a los datos obtenidos en la escala SCL-90-R por cohortes, se identificó que la cohorte 3 puntúa menos en Somatización, mientras que las cohortes 2 y 1 puntúan un poco más alto, sin embargo no se considera un puntaje significativo entre estas diferencias y, en todo caso, los promedios obtenidos en la dimensión Somatización no se consideran síntomas problemáticos. Al comparar la información anterior con los datos obtenidos en otra muestra de universitarios colombianos (Erazo & Jiménez, 2012) se evidencian diferencias en tanto que, mientras que la muestra del actual estudio arroja que los estudiantes de los primeros semestres presentan mayores niveles de somatización, en la muestra del estudio que se está referenciando, los estudiantes de los últimos semestres son quienes presentan más somatización en relación a los demás semestres.

Adicionalmente, se identificó que en la dimensión Obsesión- Compulsión la cohorte 2 puntúa promedios mayores ubicándose en tendencia media mientras que la cohorte 1 y 2 se ubican en valores bajos. En la dimensión Depresión, la cohorte 3 se ubica en promedios menores frente a la cohorte 2 y 1; sin embargo puede considerarse que las tres cohortes presentan niveles bajos en esta dimensión. De manera relacionada, los hallazgos relacionados con la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios son similares a lo reportado en la literatura, encontrándose una prevalencia de 47,3 %, donde la depresión leve fue la más

frecuente. (Gutiérrez, 2010). En el presente estudio no se hallaron niveles graves de depresión en ninguno de los grupos por cohorte.

Los estudiantes de la cohorte 2 presentaron mayores niveles de Ansiedad y puntuaron significativamente más alto en niveles de Hostilidad en comparación con las medias de la cohorte 1 y 2. Sin embargo, las tres cohortes se ubican principalmente en promedios bajos. En la dimensión Psicoticismo se identificó que las tres cohortes puntuaron en un nivel bajo; sin embargo la cohorte 2 presenta promedios levemente más altos. La dimensión Ansiedad Fóbica, en comparación con las demás dimensiones del SCL-90-R, se ubica en los menores promedios. Es decir que, si bien en la mayoría de dimensiones los estudiantes no presentan intensidad alarmante en los síntomas, es en la dimensión de Ansiedad Fóbica en la que se hallaron promedios más bajos. Esto es diferente a lo que ocurre en la dimensión Somatización, que es la que puntúa con valores promedios más altos en comparación con las demás dimensiones de la escala. También se identificó, en términos generales, que las puntuaciones más altas se dieron en las dimensiones Obsesión Compulsión, Sensibilidad Interpersonal y Depresión, siendo respectivamente más alto en semestres comprendidos entre 1 -6. También se halló que la muestra universitaria presenta niveles bajos en el Índice Sintomático General, entendido como la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático; y el Total de Síntomas Positivos, entendido como el total de síntomas. Por último, el Índice de Distrés Sintomático como indicador de la intensidad sintomática, mostró niveles un poco más altos pero no representa una señal de alarma.

La información obtenida en el presente estudio coincide con resultados observados en otros donde se han encontrado que no hay diferencias significativas entre los estudiantes de primeros semestres, mitad de carrera y periodo de prácticas Cardona, (2014). También, los

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

presentes resultados son congruentes con la información obtenida en el estudio de Erazo & Jiménez (2012) en el cual los resultados hallados muestran que la mayoría de los estudiantes no exhiben síntomas psicopatológicos y, entre quienes los presentan, se destacan los síntomas de Ideación Paranoide, Hostilidad, Obsesión Compulsión y Depresión. La muestra del estudio anterior presenta algunos resultados similares a los datos hallados en el presente estudio, tales como que existe predominio de síntomas obsesivo compulsivos y depresivos en la población universitaria.

Para continuar la discusión, es necesario aclarar que la muestra de la investigación no es clínica, por lo cual las puntuaciones no son tan altas como podría evidenciarse en una muestra con diagnósticos clínicos. Aun así, se hallaron resultados con puntuaciones altas en los factores Ansiedad, y Hostilidad de la escala de Afecto Positivo y Negativo – PANAS y, referente al SCL-90-R, se encuentran puntuaciones más altas en los dominios Obsesión Compulsión, Depresión y Sensibilidad Interpersonal. Esta información es compartida con el estudio de Agudelo, Casadiego & Sánchez (2008), quienes encontraron puntuaciones significativas en ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

De forma general, destaca que la muestra femenina y masculina responde con promedios similares en todas las dimensiones del SCL-90-R porque, de manera general y en estudiantes universitarios de manera específica, la prevalencia de depresión es mayor para las mujeres (Gutiérrez, 2010). Adicionalmente, a diferencia de lo esperado, en el presente estudio tanto los hombres como las mujeres presentaron niveles principalmente bajos en el síntoma depresivo. Por otra parte, en el estudio de Gemp & Avendaño, (2008) se observó que los hombres, en comparación con las mujeres, presentaban ligeramente mayores promedios en la

dimensión de psicoticismo. Sin embargo, en el presente estudio la muestra femenina y masculina exhibieron niveles bajos de manera similar.

En este mismo estudio (Gempp & Avendaño, 2008), las mujeres puntuaban por encima de los hombres con promedios más altos en las dimensiones de Ansiedad y Hostilidad; en sentido contrario los hombres puntuaron por encima de las mujeres en las dimensiones de Ansiedad Fóbica y Sensibilidad Interpersonal. Al comparar la información del presente estudio con los datos del estudio referenciado se observa que no es congruente con los resultados hallados en la actual investigación, dado que hombres y mujeres arrojaron resultados similares en las dimensiones Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Sensibilidad Interpersonal y Hostilidad. Cabe decir que en los dos estudios, tanto hombres como mujeres obtuvieron promedios que no representan una señal de riesgo.

Respecto a las correlaciones identificadas en el SCL-90-R, se observa que entre las mismas dimensiones de la escala se presentan algunas correlaciones de la siguiente manera. La dimensión somatización correlaciona positivamente con las dimensiones Depresión, Obsesión- Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Escala Adicional, Índice Sintomático General. Además, es posible que las personas que presentan síntomas en la dimensión Obsesión-Compulsión puedan presentar también síntomas en Depresión, Sensibilidad Interpersonal o Ansiedad. La dimensión Sensibilidad Interpersonal puede presentar comorbilidad con dimensiones sintomáticas como Psicoticismo, Ideación Paranoide, Ansiedad o Depresión. De otro lado, se identifica que a medida que los rasgos depresivos aumentan, pueden verse afectadas las dimensiones en la Sensibilidad Interpersonal, los rasgos de Ansiedad y el Psicoticismo.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

En consecuencia a lo anterior, se halló una investigación (Aragonés, Piñol, & Labad, 2009) realizada con población clínica, en la cual se afirma que la presencia de comorbilidad entre trastornos agudiza la presencia de los síntomas. Específicamente, identificaron en tal estudio que las personas que presentaron un diagnóstico de Depresión Mayor también presentaron comorbilidad con el trastorno de Ansiedad generalizada en un 55%, y con el Trastorno de Pánico en un 33%. Dicho esto, se decidió tomar tal investigación de referencia ya que si bien, el SCL-90-R no mide la presencia de trastornos mentales en población clínica, si se observa que las dimensiones entre sí presentan correlaciones positivas predictoras de comorbilidad entre dimensiones sintomáticas.

Por su parte, se encuentran otras correlaciones de interés entre el SCL-90-R y WHODAS 2.0., dado que la dimensión Ansiedad y Ansiedad Fóbica correlaciona positivamente con el Índice General de Discapacidad. Por su parte, se identifica que las personas que presentan discapacidad Cognitiva y en las Relaciones, pueden presentar también altos niveles de Somatización, por lo que parece que la Dimensión de Obsesión-compulsión puede presentar comorbilidad con dificultades en la Cognición. Adicionalmente, se halla que las personas que presentan sintomatología a nivel del sentimiento de inadecuación e inferioridad ante las interacciones sociales (Sensibilidad Interpersonal) pueden presentar también altos niveles de dificultad en la capacidad para relacionarse. Continuando con lo hallado en las correlaciones, se halla que, quienes presentan síntomas depresivos también pueden ver afectados los dominios de la Cognición y el Cuidado Personal. Por último, se observa que la dimensión de Psicoticismo puede presentar comorbilidad con la dificultad de relacionarse con los otros (Dominio Relaciones).

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

En el estudio de Pérez y Garaigordobil (2007) se halló que la discapacidad motriz presenta correlación significativa y positiva con las dimensiones psicopatológicas de Obsesión Compulsión, Ansiedad Fóbica y Psicoticismo. Sin embargo, en el presente estudio se identificó que el dominio de Movilidad presenta correlación significativa pero con poca fuerza en las dimensiones psicopatológicas previamente nombradas.

Identificadas las correlaciones entre el SCL-90-R y el WHODAS 2.0. , es posible decir que, al examinar los indicadores de discapacidad en población universitaria, tendrá más sentido en tanto se tome como referencia que los estudiantes puedan presentar síntomas psiquiátricos significativos. Pues bien, los resultados permiten afirmar que es posible que una persona que presenta índices de psicopatología, también presente dificultades funcionales. Así, los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia que presentan bajos niveles en el Índice General Sintomático, también presentan bajos niveles en el Total de Síntomas Positivos en relación a la psicopatología y se ubican en bajos niveles de discapacidad, lo que indica un alto índice de funcionalidad.

Como se acabó de mencionar, si bien los estudiantes de psicología presentan bajos niveles de discapacidad y psicopatología, se identifica en relación a la salud mental lo siguiente: los estudiantes presentan niveles bajos de Afecto Positivo (Proactividad y Activación), niveles altos de Satisfacción con la Vida y, en términos generales, niveles medios de Bienestar Psicológico y de Bienestar Social General. Es decir, que aunque los estudiantes no presentan síntomas significativos de psicopatología, tampoco presentan altos índices de salud mental. Keyes (2005) plantea que para poder hablar de un funcionamiento positivo en salud mental se requiere un nivel alto en seis o más de las escalas de bienestar psicológico de Ryff y Bienestar social. Dicho criterio no se observó en los resultados de la

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

muestra de estudio. En este sentido, el autor también refiere que el presentar una salud mental moderada puede ser un predictor de desarrollar una enfermedad mental a futuro.

Consecuentemente, la aproximación teórica de la salud mental completa propone una perspectiva que capture tanto la presencia o la ausencia de trastornos mentales, al mismo tiempo que la presencia de los diferentes estados de salud mental positiva. Keyes (como se citó en Ramirez, Cova & Bustos, 2015) entiende la salud mental completa como un estado de salud mental próspera sin trastorno mental, la cual en el caso de la muestra de estudiantes, no se identifica este estado, ya que si bien ninguno presentó niveles graves de sintomatología psicopatológica, tampoco presentaron altos niveles en bienestar subjetivo, psicológico y social.

Keyes (como se citó en Ramirez, Cova & Bustos, 2015) también desarrolla niveles distintos de la salud mental positiva. En primer lugar, se dice que existe estados de salud mental “flourishing” cuando se presentan altos niveles de satisfacción con la vida, de Bienestar Psicológico y Bienestar Social. Como ya se ha mencionado, la muestra arrojó promedios esperados de satisfacción con la vida; sin embargo tanto en la escala de Bienestar Psicológico como en la escala de Bienestar Social, los estudiantes se ubicaron principalmente en valores medios, por lo que no cumplirían los requisitos para el estado de “flourishing”. Por su parte, se concibe la salud mental moderada cuando se da la presencia de Bienestar subjetivo, psicológico y social en niveles medios. Consecuente, con lo que se acaba de mencionar, se observa que los universitarios presentan principalmente salud mental moderada, pues bien los valores obtenidos en la muestra son representativos de niveles predominantemente medios para Bienestar Psicológico, Subjetivo y Social.

## Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

Durante la discusión se ha identificado principalmente las correlaciones fuertes entre dimensiones de los diferentes instrumentos, lo anterior con el fin de identificar cuando una dimensión se relaciona positiva o negativamente con otra dimensión. En términos generales, al revisar las correlaciones anteriores se puede decir que algunas dimensiones de Salud mental correlacionan inversamente con algunas dimensiones de psicopatología, relacionándose la una con la otra. Este hallazgo es congruente con los planteamientos de modelo médico, el cual concibe implícitamente la ausencia de enfermedad como una condición necesaria y suficiente para la presencia de la salud (Díaz, Blanco, Horcajo, & Valle, 2007).

De otro lado, se halló que en muchos casos la existencia de psicopatología no se relacionó inversamente con la presencia de salud mental. Es decir que, si bien algunas correlaciones presentan un nivel de significación, no presentan correlaciones fuertes entre sí. De manera que, dichas dimensiones de salud mental y psicopatología pueden presentarse simultáneamente en una persona sin que la presencia de una se relacione con la otra.

Dicho lo anterior, se halló que las personas pueden estar satisfechas con la vida aun cuando presenten síntomas de Somatización, Obsesión Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad y/o Psicoticismo. También se identificó que las personas con presencia de Bienestar psicológico también pueden tornarse hostiles o presentar síntomas de Ansiedad Fóbica. A su vez, las personas que son hábiles para generar relaciones positivas también pueden presentar rasgos Obsesivos Compulsivos, y las personas que apuntan a crecer personalmente y a tener propósitos en la vida también pueden ser hostiles o presentar síntomas relacionados con la Ansiedad Fóbica o la Ideación Paranoide. Por su parte, la presencia de Bienestar Social puede coexistir con la presencia de dimensiones sintomáticas

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

como la Asiedad, Hostilidad y/o Ansiedad Fóbica. En consecuencia, desde el Modelo de Dual Continuo puede argumentarse a partir de estos resultados, que la salud mental y la enfermedad mental se entienden como dos dimensiones unipolares que encierran todo el concepto de salud mental en el cual la psicopatología no se relaciona con el desarrollo de aspectos positivos (Keyes, 2005).

## 9. REFERENCIAS

- Agudelo , D. M., Casadiegos , C. P., & Sánchez , D. L. (2008). Carastecrísticas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios . *International Journal of Psychological*, 34-39.
- Alcalá, Camacho, Giner, Giner, & Ibáñez. (2006). Afectos y géneros. *Psicothema*, 143-148.
- Aragonésa, E, Piñol, J, & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 545–551.
- Arango, O. (2007). *Propiedades Psicométricas y Validación Estructural del Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo PANAS en la población de la ciudad de Medellín y Área Metropolitana* . Medellín.
- Aristóteles. (trad. en 1873). *Ética Nicomaquea*. Madrid.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., . . . Dittus, P. (2014). *Diagnóstico de la Prevalencia de Trastornos de la Salud Mental en Estudiantes Universitarios y los Factores Emocionales de Riesgo Asociado*. Santiago de Chile: REV CHIL NEURO-PSIQUIAT.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de al activación conductual. *eduPsykhé*, 23-50
- Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F. (2008). Modelo psicopatológico. En Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F. *Manual de psicopatología volumen I. (41-65)*. España: McGraw-Hill.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Blanco, A; Díaz, D; (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(0) 7-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613873001>

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

- Cardona, J. (2014). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *REVISTA DIVERSITAS - PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA* -, 79-89.
- Carrasco, Sánchez, Ciccotelli, & Barrio, Y. d. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*, 149-161.
- Concepción. (2015). *Estudio sobre el bienestar psicológico y subjetivo en personas mayores y personas jóvenes y su relación con la salud*. Tenerife.
- Contreras, F & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas Perspectiva en Psicología*, 2 (2), 311-319.
- Correa, A., & Pérez, A. (2013). Relación e Impacto del Consumo de Sustancias Psicoactivas sobre la Salud en Colombia. *Scielo*, 153-162.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Del Valle, M., Hormaechea, F., & Urquijo, S. (2015). El Bienestar Psicológico: Diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6-13.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 286-294.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 552-577.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 276-302.
- Erazo, M., & Jiménez, M. (2012). Dimensiones Psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 65-76.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

- Fernández, P., & Extremera, N. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 117-137.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- García, D., García, G., Tapiero, Y., & Ramos, D. (2012). Determinantes de los Estilos de Vida y su Implicación en Jóvenes Universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 169-185.
- García, J. (2013). bienestar psicológico, edad y género en universitarios. *salud & sociedad V. 4* /, 48-58
- García, M. M. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología*, 18-39.
- Gempp, R: Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas de SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*. pp. 39-58.
- Gilmour, H. (2014). Positive mental health and mental illness. *Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X, Health Reports*, 25 (9), 3-9.
- Grant F, Guille C, Sen S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *PLOS One*, 8 (7): e67395.
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81–108.
- Gutiérrez, J. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA*, 7-17
- Hernández, Palacio, D., Freyre, & Alcázar. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista mexicana de psicología*, 111-120.
- Hurtado , H. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 60-71
- Hurtado B, H; Sanchez P, Victoria C; Bedoya G, Lina M; Londoño, N; Juerez, F; Marín, C; Muñiz, O; Agudelo, D; Gómez, Y. (2011) Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 59-71. Medellín

Keyes, C.L.M. & Waterman, M.B. (2003). Dimensions of well-being and mental health. En M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes, & K. Moore (Eds.). *Adulthood, Well-Being: Positive Development Throughout the Life Course* (pp. 177-197). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Keyes, C.L.M. & Simoes, E.J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172.

Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.

Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.

Keyes, C.L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395–402.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American Psychologist*, 95–108.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95–108.

Keyes, C.L.M., Eisenberg, D., Perry, G.S., et al. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60 (2): 126-133.

Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum—Short Form (MHC-SF) in Swetsana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181–192.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

- Keyes, Corey L M; Dhingra, Satvinder & Simoes, Eduardo J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American journal of public health, 100 (12), 2366-2371.*
- Lamers, S. (2012). Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology: Findings from a longitudinal representative panel study. En Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. Positive mental health : measurement, relevance and implications. (139-161). Enschede, The Netherlands: FSC.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar Subjetivo en la Vida Adulta y en la Vejez: Hacia una Psicología Positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología, 55-74.*
- Lluch, M. T. (2004). Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y Metodológico. *Publicaciones de la Universidad de Barcelona.*
- McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad.* Madrid: Taurus.
- Medicna, Ó., Irija, M. F., Martínez, G., & Cardona, D. (2012). Características de Salud Mental Positiva en Estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Armenia - Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 247-261.*
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil.* 53-64: Terapia Psicología.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (15 Marzo 2013). *MINSALUD.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Dece%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.* Bogotá: Javegraf.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

- Moradt, L. D., & Alvarez, N. M. (2012). Estudio sobre el estrés por aculturación en una muestra de estudiantes de la Universidad de Antioquia. Medellín .
- Muñoz, C. U. (2007). Perspectiva Psicológica del Bienestar Subjetivo. *Psicogente*, 163-173.
- Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., & Gonzáles, J. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio comparativo entre Argentina y España. *PSYKHE*, 1-18.
- Ochoa, C. (2 de Febrero de 2017). Obtenido de Netquest:  
<https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-por-conveniencia>
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Febrero de 2010). Medición de la salud y la discapacidad: Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. Obtenido de World Health Organization-official site:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Febrero de 2013). *World Health Organization*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los Trastornos Mentales en America Latina y el Caribe*. Washigton D.C: Biblioteca sede OPS.
- Peréz, J., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios en Psicología*, 343-357.
- Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina. (2013). *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria - Informe Universidad de Antioquia, 2013*. Medellín.
- Ramírez, P., Cova , F., & Bustos , C. (2015). Salud mental más allá de los síntomas: aportes del modelo del estado completo de salud mental. En J. C. Oyanedel, M. Bilbao, & D. Páez, La felicidad de los chilenos Estudios sobre bienestar (págs. 21-47). Santiago de Chile: RIL® editores.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

República de Colombia. (9 de Febrero de 2017). *Presidencia de la Republica*. Obtenido de

Presidencia de la República - Prosperidad para

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

- Rosa, Y., & Quiñonez, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 7-17.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 13-39.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 185-203.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Serna, J. (2016). *Salud mental positiva en estudiantes de psicología*. Medellín.
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52–68.
- Taberner, J., Fullana, M.A., Caseras, X., Pertusa, A., Bados, A., van den Bree, M., Torrubia. R y Mataix-Cols, D. (2009). Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals?. *Depression and Anxiety*, 26, 902-908.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J., & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 99-109.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

- Tornimbeni, Pérez, Olaz, Kohan, Fernández, & Cupani. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Valdés, M. (1991). Dos Aspectos en el Concepto de Bienestar. *Doxa*, 69-89.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Venhoven, R. (2000). Wellbeing in the Welfare State. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 91-125.
- Viera, A, O; Santana,S; Vergara, A Ba. (2006). el bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental, *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 7(1-2), 34-9.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte [Mental health is more than the absence of mental illness]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808–820.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L.M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*, 110–119.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The Two Continua Model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110–119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. Positive mental health : measurement, relevance and implications. (139-161). Enschede, The Netherlands: FSC.

Cornisa: RELACIONES ENTRE INDICADORES DE SALUD MENTAL Y  
PSICOPATOLOGÍA

World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

Zubieta, E. M. (2008). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de buenos aires. *facultad de psicología - uba / Secretaría de investigaciones / Anuario de investigaciones / Volumen XVII, 277-283*.