



Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática

Cristóbal Ovidio Muñoz,¹ Diego Restrepo¹ y Doris Cardona²

Forma de citar

Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(3):166-73.

RESUMEN

Objetivo. Caracterizar los modelos teóricos que han fundamentado las investigaciones empíricas sobre salud mental positiva desde el momento en que aparece el concepto en el campo de la salud hasta la actualidad.

Métodos. Se realizó un proceso sistemático de búsqueda de literatura, publicada en las bases de datos PubMed, Ebsco (Academic Search Complete, ERIC, Fuente Académica, MasterFILE premier, MedicLatina, Medline y Psychology and Behavioral Sciences Collection), Science Direct, Psycodoc, Springer Link, Taylor and Francys, Wiley Online Library, DOAJ (Directory of Open Access Journals), Redalyc, Scielo, Ovid, Embase y Proquest (Psychology Journals, Nursing and Allied Health Source, Health and Medical Complete y Social Science Journals). Se utilizó como criterio de búsqueda el descriptor “salud mental positiva”.

Resultados. De los 51 estudios consultados, 84% presentan un enfoque cuantitativo y también 84% están publicados en inglés y fueron realizados entre los años 2000 y 2014. Se identificaron cinco categorías en la utilización del concepto salud mental positiva: la ausencia de enfermedad como indicador de salud mental positiva, el modelo de Jahoda, el desarrollo de la escala de Lluich, la utilización del concepto de bienestar como sinónimo de salud mental positiva y un reciente interés por diseñar escalas de medición.

Conclusiones. La salud mental positiva no debe ser entendida como la antinomia del trastorno mental, la ausencia de enfermedad o la simple suma de atributos personales. Es importante avanzar en el desarrollo de modelos conceptuales que servirán como fundamento para el abordaje de la salud mental desde un enfoque centrado en la promoción de la salud.

Palabras clave

Salud mental; revisión; promoción de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer

contribuciones a la comunidad (1). Esta definición, conocida como la visión positiva de la salud mental, se da gracias a los cambios ocurridos en el campo de la salud desde finales de la década de los años 40, producto de la institucionalización del concepto de calidad de vida, lo que implicó la inclusión en la agenda política de acciones que canalizaran la responsabilidad de los Estados en la búsqueda del bienestar de las personas (2).

En el informe compendiado sobre promoción de la salud mental del año 2004

(3), la OMS identifica una serie de enfoques utilizados en la comprensión de lo que se denomina “salud mental positiva” (SMP) y los reconoce como esfuerzos necesarios en la construcción de una mirada de la salud mental que se aleja de los modelos biomédico y comportamental (4).

Dentro de los enfoques presentados en este informe se encuentran: el modelo de salud mental positiva de Jahoda (5), la salud mental basada en los tipos de personalidad, la percepción subjetiva de

¹ Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia. La correspondencia debe dirigirse a Cristóbal Muñoz. Correo electrónico: omunoz@ces.edu.co

² Facultad de Psicología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

bienestar en la que se incluyen el modelo de bienestar subjetivo de Diener (6), bienestar psicológico de Carol Ryff (7) y bienestar social de Coral Keyes (8), el salutogénico, la resiliencia, el psicoanalítico y la calidad de vida.

En un intento reciente, George Vaillant (9) identifica siete maneras utilizadas por diversos clínicos en la conceptualización y determinación de la SMP: la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV, la presencia de múltiples fortalezas humanas, la madurez entendida como la capacidad que va desarrollando el individuo para la aceptación del destino impuesto por el tiempo, el dominio de las emociones positivas, la inteligencia socio-emocional, el bienestar subjetivo y la capacidad de recuperación.

Otros aportes que se reconocen en el campo de la SMP son los presentados por Lluch (10) al evaluar y operacionalizar el modelo de SMP de Jahoda y la psicología positiva de Martin Seligman (11).

Esta diversidad de aproximaciones en SMP lo denotan como un campo en construcción conceptual y operativa, lo que se debe en parte a dos situaciones: la primera, el reconocimiento de las aproximaciones explicativas de la motivación humana históricamente diferenciada: la hedónica, que se refiere a la idea de que la conducta humana está orientada a la obtención del máximo beneficio de las experiencias vividas, por lo que se orienta a vivir experiencias positivas y minimizar la frecuencia de las negativas, y la eudaimónica, que parte de la idea de que el ser humano está en continuo proceso de desarrollo de sus capacidades, metas y aspiraciones (12). La segunda situación hace referencia a los avances teóricos que asumen la salud como un constructo independiente de la enfermedad, la salud mental pasa a ser entendida como una capacidad, recurso o competencia, por lo que se la entiende como un proceso dinámico que obliga el reconocimiento del papel de los determinantes sociales y la importancia de la promoción de la salud.

Las implicaciones de estas situaciones es la coexistencia de una diversidad de modelos, enfoques o conceptos que se debaten con las demandas continuas por fundamentar, desde los puntos de vista conceptual, metodológico y operativo el campo de la SMP como un campo específico de conocimiento e intervención en salud (13-15).

Lo anterior motiva la revisión de las investigaciones empíricas que construyen

el corpus de conocimiento de la SMP, con la finalidad de cumplir los siguientes objetivos: identificar los modelos teóricos que sustentan las investigaciones y describir la trayectoria histórica que ha seguido el concepto desde su aparición hasta la actualidad.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática (16-18) de los estudios empíricos sobre SMP publicados entre 1958 y 2014. El proceso de investigación comprendió los siguientes pasos:

1. Definición de una pregunta de investigación para orientar el proceso de búsqueda y análisis de los resultados: ¿cuáles son los modelos teóricos que han fundamentado las investigaciones empíricas sobre SMP, desde el momento en que aparece el concepto hasta la actualidad?;
2. Definición de criterios de búsqueda, inclusión y exclusión;
3. Identificación de estudios;
4. Selección de los estudios a partir de criterios establecidos mediante doble revisión;
5. Síntesis de estudios seleccionados mediante doble revisión;
6. Caracterización de estudios seleccionados;
7. Identificación de categorías;
8. Análisis categorial;
9. Análisis global.

Definición de los criterios de búsqueda, de inclusión y de exclusión (pasos 1 y 2)

Se realizó un proceso sistemático de búsqueda de literatura científica, publicada en las bases de datos PubMed, Ebsco (Academic Search Complete, ERIC, Fuente Académica, MasterFILE premier, MedicLatina, Medline y Psychology and Behavioral Sciences Collection), Science Direct, Psycodoc, Springer Link, Taylor and Francys, Wiley Online Library, DOAJ, Redalyc, Scielo, Ovid, Embase y Proquest (Psychology Journals, Nursing and Allied Health Source, Health and Medical Complete y Social Science Journals).

Como criterio de búsqueda se utilizó el descriptor “*positive mental health*”, con su respectiva traducción al español “salud mental positiva”; determinando que el descriptor estuviera localizado en el título

del artículo para asegurar que los estudios hicieran referencia específica a la SMP, bien sea como objeto de la investigación o como marco teórico.

Como criterios de inclusión se definieron que fueran artículos empíricos (cuantitativos, cualitativos o mixtos), publicados en inglés, español, portugués o alemán, y publicados entre 1958 (año de publicación de la obra seminal de Marie Jahoda, *Current Concepts of Positive Mental Health*) y 2014.

Se determinó excluir los estudios que aparecieran repetidos en diferentes revistas, los que no presentaran acceso al texto completo y los que no correspondieran a investigaciones empíricas.

Identificación, selección y síntesis de los estudios (pasos 3, 4 y 5)

En el proceso de búsqueda se identificaron 314 estudios; al eliminar los artículos repetidos (191) el listado se redujo a 123. Posteriormente, se construyó una base de datos con cada uno de los textos, 53 empíricos y 39 teóricos, sin acceso completo a 31 artículos, de los cuales 2 eran empíricos y 29 eran teóricos.

Finalmente, estos artículos fueron revisados a nivel individual por uno de los investigadores, luego se realizó una revisión grupal para garantizar la adecuada aplicación de los criterios de exclusión. Como resultado de esta doble revisión, se definió el corpus final conformado por 51 artículos (figura 1).

Caracterización, categorización y análisis (pasos 6, 7, 8 y 9)

Una vez sintetizados todos los estudios, se realizó su caracterización. Se tomaron como variables de referencia el año de publicación, el lugar donde se realizó la investigación, el idioma, los problemas abordados, la población de referencia, el modelo teórico de base, las metodologías utilizadas y los instrumentos utilizados para la medición de la SMP. Esta caracterización se realizó mediante un análisis descriptivo de frecuencias de cada una de las variables (cuadro 1).

Tras la lectura de cada uno de los estudios, y en coherencia con los objetivos de esta revisión, se decidió agruparlos de acuerdo a la definición de SMP presentada por los autores, lo que permitió identificar cinco categorías: ausencia de enfermedad como indicador de SMP

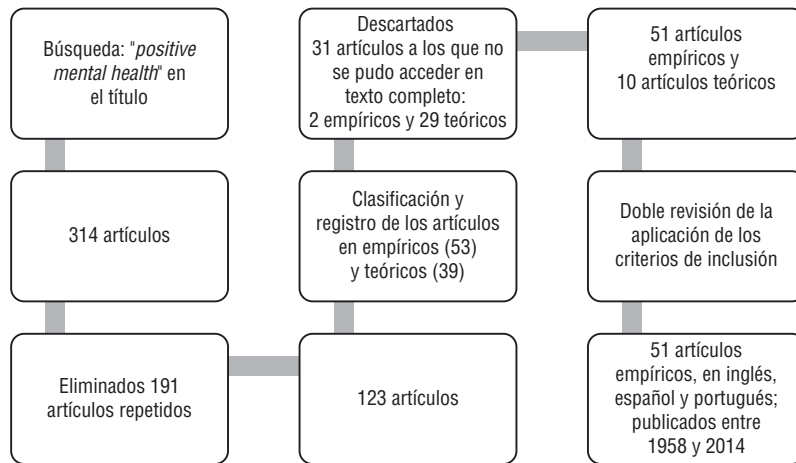
(19-39), el modelo de Jahoda (40-42), el desarrollo de la escala de Lluch (43-46), la utilización del concepto de bienestar como sinónimo de SMP (47-59) y el interés por construir modelos y diseñar

escalas adecuadas a realidades contextuadas (60-68).

A partir de un análisis cualitativo, se identifican convergencias y divergencias teóricas y metodológicas entre los

estudios. Por último, se realizó un análisis global para establecer el estado actual del conocimiento sobre SMP a la luz de la literatura revisada, enfatizando en los modelos teóricos que soportan la investigación sobre el tema.

FIGURA 1. Diagrama del proceso de búsqueda, filtro y selección de los estudios que conformaron la revisión sistemática



Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

De los 51 estudios consultados, 84% se diseñaron bajo el enfoque cuantitativo, 11% siguieron un diseño cualitativo y 5% corresponden a tres investigaciones de tipo mixto; 84% de los estudios están publicados en inglés y 16% en español y portugués. Llama la atención que 84% de las investigaciones se realizaron entre 2000 y el 2014, siendo los últimos cuatro años los que concentran 53% de las publicaciones.

El 43% de los estudios centran la explicación teórica en las variables independientes sobre las que se busca la asociación con la SMP como variable dependiente; de este modo, no se explicita un modelo teórico de SMP, aunque se concibe como un estado que

CUADRO 1. Características clave de las publicaciones seleccionadas

	Categorías basadas en el uso dado al concepto de salud mental positiva				
	La ausencia de enfermedad como indicador de SMP	Modelo de SMP de Jahoda	Desarrollo de la Escala de Lluch	Concepto de bienestar como sinónimo de SMP	Diseño de escalas de medición adecuadas a realidades contextuadas
Diseño de investigación	Mixto, cuantitativo y cualitativo	Cuantitativo	Cuantitativo y mixto	Cuantitativo y mixto	Cuantitativo
Año de publicación	1971 1976 1984 1990 2004-2007 2009-2010 2012-2014	1971 1974 2002	2008 2012-2014	2005 2007 2009-2014	1991 2011-2014
Base de datos	PUBMED Wiley Online Library EMBASE EBSCO SAGE PROQUEST OVID Taylor and Francis	PUBMED EMBASE DOAJ	DOAJ Redalyc PUBMED SCIELO	DOAJ EMBASE EBSCO Science Direct OVID PUBMED SAGE PROQUEST Taylor and Francis	SAGE EMBASE SPRINGER LINK Taylor and Francis PROQUEST
País de origen	Estados Unidos Japón China República de Eslovaquia Nepal Reino Unido Australia	Estados Unidos España	Colombia España Portugal	Unión Europea ^a Reino Unido Portugal Estados Unidos Holanda Australia Irlanda Canadá	Estados Unidos Singapur India
Lenguaje	Inglés	Inglés Español	Inglés Español Portugués	Inglés Portugués	Inglés

Fuente: elaboración propia sobre la base de las publicaciones seleccionadas.

^a Todos los países de la Unión Europea excepto Dinamarca, Grecia, Irlanda, Finlandia y Reino Unido. SMP, salud mental positiva.

se define en cuanto el sujeto no presenta dificultades emocionales, comportamentales, enfermedad o trastorno mental. En esta misma línea hay otros estudios que dan por sentado que un sujeto que posee habilidades y recursos para afrontar la vida cotidiana de un modo adecuado tiene SMP. En ambos casos, la SMP se concibe como la ausencia de la enfermedad o la presencia de ciertos atributos de personalidad que protegen al individuo de enfermar o coadyuvan en la recuperación o rehabilitación de dificultades o trastornos (19-39).

En 57% de los estudios analizados, los autores presentan una definición de SMP. Autores como Jahoda (5), y la operacionalización de su modelo por parte de LLuch (10) son retomados por investigadores como el único enfoque que se había desarrollado hasta principios del siglo XXI en el campo de la SMP. De otro lado, los desarrollos y la integración de los modelos de bienestar subjetivo y psicológico por autores como Keyes y Ryff (7) crean una utilización indistinta en el campo de la investigación entre bienestar y SMP.

La trayectoria histórica del campo de la SMP podría ser descrita del siguiente modo: los primeros estudios que aparecen se centran en los aportes teóricos que ofrece el modelo de SMP de Jahoda (40-42). Más tarde, con el interés de Lluich por la evaluación y la operacionalización del único modelo con el que se contaba hasta finales de la década de los 90 (10), aparece la primera escala de SMP, constituyéndose en la herramienta utilizada por investigadores para desarrollar sus estudios (43-46).

La primera década de siglo XXI se caracterizó por la articulación entre los modelos de bienestar hedónico y eudaimónico en un mismo marco de funcionamiento saludable (12), posicionando para muchos investigadores el bienestar como principal indicador de la SMP (47-59).

Pese al dominio de los modelos de bienestar en el estudio de la SMP, algunos autores se han inclinado por la construcción de un concepto propio y multidimensional que respondiera específicamente al campo de la promoción de la salud y, tras el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, decidieron apostar por la construcción de sus propios conceptos e instrumentos (60-68).

DISCUSIÓN

La concepción convencional de la salud pública, fundamentada en una idea negativa de la salud, ha constituido un campo que Granda (69) denomina “enfermología pública”, sustentado en tres premisas básicas: el presupuesto filosófico teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para explicar la salud, el método positivista para la explicación de los riesgos y del estructural funcionalismo para comprender la realidad social y el reconocimiento del poder del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad.

A partir de la lógica de la enfermología pública, la justificación de la pertinencia y relevancia de los problemas a investigar o a intervenir se fundamenta en argumentos “objetivos” tales como la prevalencia, la incidencia, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), la medición de los efectos o la estimación de los costos para el sistema de salud. No obstante, la pregunta por la salud en términos positivos desborda las posibilidades y alcances metodológicos, teóricos y políticos del modelo biomédico hegemónico y exige una nueva racionalidad para la definición de los problemas relacionados con la salud y para la orientación de las acciones en salud pública.

Esta situación que describe Granda (69) al referirse a la salud pública no es ajena al campo de la salud mental. El concepto de SMP aparece en la literatura con el trabajo de Maria Jahoda (1958) (5), cuando recibe el encargo de la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental) para preparar un informe sobre el estado de la salud mental. Como resultado de este trabajo se presenta un modelo compuesto por seis dominios y una serie de subdominios relacionados que podrían caracterizar la SMP de los individuos, sean estos sanos o con alguna enfermedad mental:

- **Actitudes hacia ti mismo.** Este concepto hace referencia a la importancia de la autopercepción y el autoconcepto que se produce con el actuar diario. Se compone de subdominios: accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia yo real con el yo ideal, autoestima y sentido de identidad.
- **Crecimiento y autoactualización.** Este concepto habla del sentido de vida y si se actúa en coherencia con este.

Incluye los subdominios de autoactualización como fuerza motivacional por el desarrollo de las potencialidades humanas y la implicación en la vida, como el empuje a participar en el desarrollo y cuidado de su vida y al de los demás.

- **Integración.** Hace referencia a la capacidad de poder incluir en la vida todas aquellas experiencias que suceden, tanto positivas como negativas; así como la capacidad para poder aceptar en integridad. Depende del equilibrio psíquico del individuo, su filosofía personal y la resistencia para afrontar el estrés.
- **Autonomía.** Da cuenta de cómo el individuo establece relaciones con el mundo que le rodea y con sus semejantes, y cómo las decisiones incluyen a otras personas, es sinónimo de independencia y autodeterminación.
- **Percepción de la realidad.** Este criterio implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad, poder dar cuenta de las circunstancias de manera objetiva evitando en lo posible hacer juicios y la capacidad para desarrollar empatía frente a las vicisitudes de los demás.
- **Dominio del entorno.** Este aspecto, está vinculado a dos temas fundamentales como son el éxito (que hace énfasis en el logro y alcanzar los resultados) y en la adaptación (que hace referencia al proceso para llegar a la meta).

Cuarenta años más tarde, cuando Lluich (10) decide evaluar empíricamente el modelo conceptual de SMP planteado por Jahoda e iniciar la construcción de una escala que permitiera operacionalizar el modelo, cuenta con asombro el estado incipiente en que se hallaba este campo desde los puntos de vista técnico y teórico.

La revisión de la literatura ratifica esta apreciación de Lluich (10) cuando se identifican tan solo seis investigaciones sobre el tema de SMP (20-23, 40, 41) hasta finales de los años 90; es importante tener en cuenta que en las cuatro primeras investigaciones citadas su objetivo era identificar factores o rasgos de personalidad y variables que permitieran explicar por qué las personas poseen una buena salud mental o no enferman (20-23), siendo solo las dos últimas las que se ocuparon específicamente de explicar el concepto de SMP (40, 41).

Como resultado de esta evaluación, Lluch (10) propone reducir el modelo de Jahoda a una estructura más simple de seis factores generales (satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relación interpersonal, autocontrol, resolución de problemas y autoactualización, y autonomía) y configurar un cuestionario adaptado que se constituye en el primer instrumento que explícitamente permite la evaluación de la SMP (10), sea para estimar la SMP de poblaciones específicas (43, 44), para entablar correlaciones entre variables que permitan explicar la SMP de personas con alguna enfermedad (45) o siendo el mismo instrumento objeto de validación en otros países (46).

La primera década del siglo XXI se caracteriza por un acelerado desarrollo sobre las teorías de bienestar y los investigadores sobre SMP utilizan dos modelos: el primero se denomina bienestar psicológico de Carroll Ryff (7), que logra trascender la mirada del bienestar subjetivo al plantear que el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer. Este modelo sostiene que la SMP consiste en la búsqueda continua de la realización del verdadero potencial de la persona, y que salud positiva y salud negativa son dos dimensiones independientes. Afirma que la salud positiva incluye los componentes físicos y mentales y las relaciones entre estos componentes, por lo que la SMP es un proceso dinámico y multidimensional.

El segundo modelo lo presenta Coray Keyes (70) y en él se distinguen tres ámbitos: a) bienestar emocional (afecto positivo alto y afecto negativo bajo, con una elevada satisfacción vital), b) bienestar subjetivo (que incorpora las seis dimensiones propuestas en el modelo de Carroll Ryff) y c) bienestar social.

Lo que Keyes (70) denomina bienestar social es una dimensión que, además de incluir criterios relacionados con el funcionamiento social y comunitario, toma en consideración a los individuos dentro del tejido social en el que se desenvuelven y el grado en que el entorno social es percibido como un entorno que estimula el desarrollo personal. Los cinco componentes que conforman el bienestar social son: la coherencia, la integración, la contribución, la actualización y la aceptación sociales.

La utilización de estos modelos de bienestar han orientado las investigaciones sobre SMP en los últimos siete años,

siendo el modelo de Coral Keyes el que ha logrado mayor aceptación por parte de los investigadores (53-59). Esto se debe a que logra integrar la tradición hedónica y eudaimónica en la explicación del bienestar humano y a que su escala de salud mental social ha sido incluida dentro de otros instrumentos de medición de bienestar de las poblaciones en diferentes países (71).

Una consecuencia del posicionamiento de los modelos de bienestar es que la variedad de dimensiones y componentes que se utilizó para definirlo terminó por llevar a los investigadores a implementar conceptos como felicidad, satisfacción y optimismo como sinónimos de SMP; de esto dan muestra las investigaciones que utilizan instrumentos diseñados para medir el nivel de satisfacción de las personas con su vida, la sensación de felicidad y el optimismo. Se concluyó que los puntajes permiten determinar el nivel de SMP de la población (47, 48).

Las continuas críticas sobre los modelos de bienestar en salud y su capacidad para responder a condiciones de desarrollo humano y social en países de bajos y medianos ingresos, sumado a las complejidades de sociedades en las que los individuos no manifiestan el mismo grado de integración social y confianza por las instituciones, así como el reconocimiento de los determinantes sociales, históricos y culturales en la constitución de sujetos y en la dimensión de lo saludable, fue generando cierta insatisfacción en algunos autores por utilizar de un modo indistinto los conceptos de SMP y bienestar. Esto motivó el diseño de instrumentos y modelos que sirvieran en el diseño e implementación de políticas públicas (61-69).

Limitaciones del estudio

Esta revisión presenta algunas limitaciones. Primero, al centrar la atención sobre las definiciones de SMP, no realizó una revisión exhaustiva de los criterios de validez interna y externa de los estudios. Segundo, al no contar con financiación económica, no fue posible acceder a dos estudios empíricos. En tercer lugar, al centrar la atención sobre los estudios empíricos, se desestimó la literatura conformada por notas editoriales, revisión de temas o artículos de reflexión que podrían brindar pistas en la comprensión de cómo otros teóricos han asumido el concepto de SMP.

Recomendaciones

La afirmación de la OMS (3) en el año 2004 de que los límites en la comprensión del concepto de SMP se deben al idioma en que se presenta la mayoría de evidencia (inglés) y los contextos socioeconómicos donde se producen (países desarrollados), aun no puede ser negada y, en consecuencia, hace inaplazable la necesidad de avanzar en el desarrollo conceptual y en la creación de instrumentos en torno a la SMP que sirvan como fundamento para su abordaje en el ámbito de la investigación, de la intervención y de las políticas públicas en otras realidades socioeconómicas.

La multiplicidad de conceptos teóricos identificados en la literatura, que se recogen como SMP, lleva a confusiones para una definición propia y específica, por lo que es importante la realización de estudios que sirvan de base para la fundamentación y diferenciación de la SMP.

Conclusiones

Si bien parece existir un consenso entre los profesionales y académicos en torno a la idea de que "la salud mental es más que la ausencia de enfermedad", un alto porcentaje (43%) de los estudios revisados no presentan una definición de SMP, ni tampoco citan un marco conceptual de referencia para su fundamentación. Esto se debe a que parten de la idea de SMP como ausencia de enfermedad o de verla como la suma de recursos personales y sociales que posee el individuo y lo protegen de enfermar o contribuyen en los procesos de recuperación o rehabilitación. La presente revisión permite afirmar que asumir la SMP como ausencia de enfermedad, resulta a todas luces insuficiente para construir un campo de salud mental que se aleje de la enfermedad y se centre sobre la promoción de la salud.

El concepto de SMP aparece en la literatura con el trabajo de Maria Jahoda (1958), cuarenta años más tarde Lluch operacionaliza este modelo y crea la escala de SMP constituyéndose en la única escala en español hasta la actualidad. Durante la primera década del siglo XXI se integran dos tradiciones en el estudio del bienestar y se posiciona el modelo de Keyes como referente para la comprensión y medición del bienestar psicosocial, asumiéndose como sinónimo de SMP. Para la segunda década del siglo XXI aparecen fuertes cuestionamientos a los modelos de bienestar que motivan el afán de

investigadores por desarrollar sus propios modelos e instrumentos de medición y reconocen la SMP como un campo histórico, socialmente determinado y necesario para la promoción de la salud y

direccionamiento de las políticas públicas en salud mental.

Conflicto de interés. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet], 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ Acceso el 25 de octubre de 2015.
- Arias Orduña AV, Morales Domínguez JF, Nouvilas Pallejá E, Martínez-Rubio JL. Psicología Social Aplicada. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth), Universidad de Melbourne. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf Acceso el 27 de octubre de 2015
- Restrepo Ochoa DA, Jaramillo E. JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(2):202-11.
- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Arno Press; 1980.
- Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Soc Indic Res*. 1994;31(2):103-57.
- Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719-27.
- Blanco A, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*. 2005; 17(4):582-9.
- Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 2012;11(2):93-9.
- Lluch Canut M. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1999. Disponible en: <http://www.tdx.cesca.cat/handle/10803/2366> Recuperado Agosto 13 de 2015.
- Seligman MEP, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2004;359(1449): 1379-81.
- Blanco A, Rodríguez Marín J. Fundamentos de la Intervención Psicosocial. En: *Intervención Psicosocial*. 1ª ed. Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2007.
- Barry MM. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *Int J Ment Health Promot*. 2009;11(3):4-17.
- Ashton JR. The challenges of positive mental health. *J R Soc Promot Health*. 2004;124(3):108-9.
- Wilson D, Williams V. Ubuntu: Development and Framework of a Specific Model of Positive Mental Health. *Psychol J*. 2013;10(2).
- Gisbert JP, Bonfill X. ¿Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y metaanálisis? *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(3):129-49.
- Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Sports Chiropr Rehabil*. 2001;15(1):5-19.
- Letelier LM, Manríquez JJ, Rada G. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Rev Médica Chile*. 2005;133(2):246-9.
- Meltzer H, Ludwig D. Positive mental health of workers as related to memory optimism, work competency and personified values. *Psychol Rep*. 1971;28(1):223-9.
- Karson, Samuel. Second-Order Personality Factors in Positive Mental Health. *J Clin Psychol*. 1961;17(1):14-9.
- Leak GK, McCarthy K. Relationship between type A behavior subscales and measures of positive mental health. *J Clin Psychol*. 1984;40(6):1406-8.
- Hightower E. Adolescent interpersonal and familial precursors of positive mental health at midlife. *J Youth Adolesc*. 1990;19(3):257-75.
- Pizarro J. The efficacy of art and writing therapy: Increasing positive mental health outcomes and participant retention after exposure to traumatic experience. *Art Ther*. 2004;21(1):5-12.
- Tsutsumi A, Takao S, Mineyama S, Nishiuchi K, Komatsu H, Kawakami N. Effects of a Supervisory Education for Positive Mental Health in the Workplace: A Quasi-Experimental Study. *J Occup Health*. 2005;47(3):226-35.
- Spotts EL, Pedersen NL, Neiderhiser JM, Reiss D, Lichtenstein P, Hansson K, et al. Genetic Effects on Women's Positive Mental Health: Do Marital Relationships and Social Support Matter? *J Fam Psychol*. 2005;19(3):339-49.
- Lau J, Yang X, Tsui H, Pang E, Wing Y. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect*. 2006;53(2):114-24.
- Constantine MG. Africentric Cultural Values: Their Relation to Positive Mental Health in African American Adolescent Girls. *J Black Psychol*. 2006;32(2):141-54.
- Halama P, Dedova M. Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Stud Psychol*. 2007;49(3):191-200.
- Ojha S, Sigdel K, Upadhyaya K. Appropriate Mass Communication Media for Awareness Raising of Positive Mental Health In Nepal. *Nepal J Neurosci*. 2007;4(1):85-9.
- Hu Y, Stewart-Brown S, Twigg L, Weich S. Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychol Med*. 2007;37(07):1005.
- Woodall J. Barriers to positive mental health in a Young Offenders Institution: A qualitative study. *Health Educ J*. 2007;66(2):132-40.
- Heenan D. Working across borders to promote positive mental health and well-being. *Disabil Soc*. 2009;24(6):715-26.
- Rowlands I, Lee C. Adjustment after miscarriage: Predicting positive mental health trajectories among young Australian women. *Psychol Health Med*. 2010;15(1):34-49.
- Dyrbye LN, Harper W, Moutier C, Durning SJ, Power DV, Massie FS, et al. A Multi-institutional Study Exploring the Impact of Positive Mental Health on Medical Students' Professionalism in an Era of High Burnout. *Acad Med*. 2012;87(8):1024-31.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KMG. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2012;42(03):485-95.
- Pettigrew S, Donovan RJ, Pescud M, Newton R, Boldy D. Communicating with older people about positive mental health. *J Public Ment Health*. 2012;11(2): 65-76.
- Jones R, Heim D, Hunter S, Ellaway A. The relative influence of neighbourhood incivilities, cognitive social capital, club membership and individual characteristics on positive mental health. *Health Place*. 2014;28:187-93.
- Nakashima K, Isobe C, Ura M. How does higher in-group social value lead to positive mental health? An integrated model of in-group identification and support: The integrated model of mental health. *Asian J Soc Psychol*. 2013;16(4):271-8.
- Askeff-Williams H, Lawson MJ. Teachers' knowledge and confidence for promoting positive mental health in primary school communities. *Asia-Pac J Teach Educ*. 2013;41(2):126-43.
- Wright L. Components of positive mental health. *J Consult Clin Psychol*. 1971;36(2):277-80.
- Harris MDE, Brown TR. Relationship of the Community Adaptation Schedule and the Personal Orientation Inventory: Two measures of positive mental health. *Community Ment Health J*. 1974;10(1): 111-8.

42. Lluch MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Ment.* 2002;25(4):42-55.
43. Amar J, Palacio J, Llinás H, Puerta L, Sierra E, Pérez AM, et al. Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Rev Suma Psicológica.* 2008;15(2):385-404.
44. Medina Pérez Ó, Irija Serrano MF, Martínez Ardila G, Cardona Duque DV. Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Rev Virtual Univ Católica Norte.* 2012;1(36):247-61.
45. Lluch-Canut T, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C, Positive Mental Health Research Group. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health.* 2013;13(1):928.
46. Sequeira C, Carvalho JC, Sampaio F, Sá L, Lluch-Canut T, Roldán-Merino J. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2014;11(1):45-53.
47. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1(9):7.
48. Tennant R, Joseph S, Stewart-Brown S. The Affectometer 2: a measure of positive mental health in UK populations. *Qual Life Res.* 2007;16(4):687-95.
49. Fernandes HM, Vasconcelos-Raposo J, Pereira E, Ramalho J, Oliveira S. A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade.* 2009; 5(1):33-50.
50. Keyes CL, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Am J Public Health.* 2010;100(12):2366.
51. Gale CR, Dennison EM, Cooper C, Sayer AA. Neighbourhood environment and positive mental health in older people: The Hertfordshire Cohort Study. *Health Place.* 2011;17(4):867-74.
52. Lamers SMA, Westerhof GJ, Kovács V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *J Res Personal.* 2012; 46(5):517-24.
53. Keyes CL, Simoes EJ. To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *Am J Public Health.* 2012; 102(11):2164-72.
54. Keyes CLM, Eisenberg D, Perry GS, Dube SR, Kroenke K, Dhingra SS. The Relationship of Level of Positive Mental Health With Current Mental Disorders in Predicting Suicidal Behavior and Academic Impairment in College Students. *J Am Coll Health.* 2012;60(2):126-33.
55. Lyons A, Pitts M, Grierson J. Factors Related to Positive Mental Health in a Stigmatized Minority: An Investigation of Older Gay Men. *J Aging Health.* 2013;25(7):1159-81.
56. Davoren MP, Fitzgerald E, Shiely F, Perry JJ. Positive Mental Health and Well-Being among a Third Level Student Population. Laks J, editor. *PLoS ONE* [Internet]. 2013;8(8). Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0074921> Acceso el 29 de noviembre de 2014.
57. Love N, Nelson G, Pancer SM, Loomis C, Hasford J. Generativity as a Positive Mental Health Outcome: The Long-term Impacts of Better Beginnings, Better Futures on Youth at Ages 18–19. *Can J Commun Ment Health.* 2013;32(1):155-69.
58. Dreger S, Buck C, Bolte G. Material, psychosocial and sociodemographic determinants are associated with positive mental health in Europe: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2014;4. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-005095> Acceso el 29 de noviembre de 2014.
59. Knight T, Skouteris H, Townsend M, Hooley M. The act of giving: a pilot and feasibility study of the My Life Story programme designed to foster positive mental health and well-being in adolescents and older adults. *Int J Adolesc Youth.* 2014 4;1-14.
60. Minsel B, Becker P, Korchin SJ. A Cross-Cultural View of Positive Mental Health: Two Orthogonal Main Factors Replicable in Four Countries. *J Cross-Cult Psychol.* 1991;22(2):157-81.
61. Vaingankar JA, Subramaniam M, Chong SA, Abidin E, Edelen MO, Picco L, et al. The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic asian population. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9(1):1-18.
62. Vaingankar JA, Subramaniam M, Lim YW, Sherbourne C, Luo N, Ryan G, et al. From well-being to positive mental health: conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore. *Qual Life Res.* 2012;21(10):1785-94.
63. Ganga NS, Kutty VR. Identifying key strategies to promote positive mental health of young people in the state of Kerala, India. *Int J Ment Health Promot.* 2012;14(5):276-88.
64. Ganga NS, Kutty VR. Measuring Positive Mental Health: Development of the Achutha Menon Centre Positive Mental Health Scale. *Asia Pac J Public Health.* 2012;27(2):14 .
65. Ganga NS, Kutty V. R. Influence of religion, religiosity and spirituality on positive mental health of young people. *Ment Health Relig Cult.* 2013;16(4):435-43.
66. Ganga NS. Positive mental health of young people: a policy framework. *Int J Adolesc Youth.* 2013;1-5.
67. Vaingankar JA, Subramaniam M, Abidin E, Picco L, Chua BY, Eng GK, et al. Development, validity and reliability of the short multidimensional positive mental health instrument. *Qual Life Res.* 2014;23(5):1459-77.
68. S. Ganga N, Raman Kutty V, Thomas I. Determinants of positive mental health: a path model. *Ment Health Rev J.* 2014; 19(1):47-60.
69. Granda Ugaldá E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2008;(26):65-90.
70. Abarca AB, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema.* 2005; 17(4):582-9.
71. Hubka D, Lakaski C. Developing Research and Surveillance for Positive Mental Health: A Canadian Process for Conceptualization and Measurement. *Int J Ment Health Addict.* 2013;11(6):658-71.

Manuscrito recibido el 7 de agosto de 2015. Aceptado para publicación el 30 de noviembre de 2015

Evolution of the concept of positive mental health: a systematic review**ABSTRACT**

Objective. Characterize the theoretical models that have underpinned empirical research on the concept of positive mental health from the time it first emerged in the field of health up to the present.

Methods. A systematic search of the literature was conducted in PubMed, EBSCO (including Academic Search Complete, ERIC, Academic Source, MasterFILE Premier, MedicLatina, MEDLINE, and the Psychology and Behavioral Sciences Collection), Science Direct, Psycodoc, Springer Link, Taylor & Francis, Wiley Online Library, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Redalyc, SciELO, Ovid, Embase, and ProQuest (including Health and Medical Complete, the Nursing and Allied Health Source, Psychology Journals, and Social Science Journals). The search criterion was the descriptor "positive mental health."

Results. Of 51 studies consulted, 84% used a quantitative approach; 84% were published in English; and the same percentage were conducted between 2000 and 2014. The concept of positive mental health has been applied in essentially five different ways: as the absence of disease; as the subject of the Jahoda model; as a combination of factors on the Luch scale; as a synonym of well-being; and as part of more complex scales of measurement.

Conclusions. Positive mental health should not be viewed as the opposite of a mental disorder, the absence of disease, or the sum of a given set of personal conditions. It is important to move forward in the development of conceptual models that will serve as a basis for approaching mental health from the perspective of health promotion.

Key words

Mental health; review, systematic; health promotion.
