



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

La evolución del bienestar mental de adultos con trastornos mentales graves según la Escala Warwick-Edinburgh de Bienestar Mental bajo el contexto del Modelo de Fortalezas.

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: García Gavilanes, Sofía Daniela

DIRECTOR: Torres Montesinos, Claudia, Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

CERTIFICACION

Licenciada.

Claudia Torres Montesinos

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

CERTIFICA

Que el presente trabajo, denominado “La evolución del bienestar mental de adultos con trastornos mentales graves según la Escala Warwick-Edinburgh de Bienestar Mental bajo el contexto del Modelo de Fortalezas” realizado por la profesional en formación: García Gavilanes Sofía Daniela; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, septiembre de 2013

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, García Gavilanes Sofía Daniela declaro ser autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis/trabajos de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autora: García Gavilanes Sofía Daniela

Cédula: 1713219937

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las personas que me ayudaron en su cumplimiento, en especial a mi familia y esposo, por su apoyo incondicional e infinita credibilidad en mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la vida por ser parte de una era en la que las fortalezas de las personas con un diagnóstico de trastorno mental empiezan a ser el foco de atención en los programas de salud mental.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACION.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCION	11
CAPÍTULO 1. TRASTORNO MENTAL, SALUD Y BIENESTAR.....	13
1.1 TRASTORNO MENTAL.....	14
1.2 SALUD Y BIENESTAR.....	15
1.2.1 Bienestar mental en Nueva Zelanda.....	16
1.2.3 Breve mención sobre el concepto de bienestar en el Ecuador.....	19
CAPÍTULO 2. DOS PERSPECTIVAS SOBRE EL BIENESTAR MENTAL: HEDONISMO Y EUDAIMONÍA.....	21
2.1 HEDONISMO.....	22
2.2 EUDAIMONÍA.....	23
2.3 BIENESTAR Y MODELOS RELACIONADOS CON EL EUDAIMONISMO Y EL HEDONISMO.....	24
2.3.1 Expresividad personal.....	24
2.3.2 Modelo del bienestar psicológico de Ryff.....	25
2.3.3 La teoría de la autodeterminación de Ryan & Deci.....	26

2.3.4 Psicología positiva y el modelo flourishing de Seligman	28
CAPÍTULO 3. THE WARWICK-EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE	31
3.1 ANTECEDENTES	32
3.2 PRINCIPIOS TEÓRICOS DE LA ESCALA WEMWBS	34
3.3 ESTRUCTURACIÓN DE LA ESCALA WEMWBS	34
CAPÍTULO 4. MODELO DE FORTALEZAS.....	39
4.1 ANTECEDENTES	40
4.1.2 Reforma psiquiátrica	41
4.2 CREACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS.....	41
4.3 GESTIÓN DE CASOS DEL MODELO DE FORTALEZAS	43
4.4 EL CONTEXTO DEL MODELO DE FORTALEZAS.....	44
4.5 PRINCIPIOS DEL MODELO DE FORTALEZAS	45
4.6 DOS HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES: LA EVALUACIÓN DE FORTALEZAS Y EL PLAN DE RECUPERACIÓN PERSONAL.....	48
4.6.1 Evaluación de fortalezas.....	49
4.6.2 Planes de recuperación personal.....	51
METODOLOGIA	54
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	55
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
Generales.....	55
Específicos.....	55
Hipótesis.....	56
Criterios de exclusión.....	56
Limitaciones.....	56

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.....	57
POBLACIÓN	58
INSTRUMENTOS.....	58
LA ESCALA WARWICK AND EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE (WEMWBS).	58
PROCEDIMIENTO.....	59
<i>Acercamiento a la institución.</i>	59
MÉTODO DE APLICACIÓN	60
FASES DEL ESTUDIO.....	61
<i>Primera fase – Filtración de datos y selección de muestra.</i>	61
<i>Segunda fase - tabulación.</i>	61
<i>Tercera fase – análisis de datos.</i>	61
RESULTADOS.....	62
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GÉNERO Y DIAGNÓSTICO	63
PROMEDIOS DE LAS ESCALAS WEMWBS Y CAMBIO.....	64
TIEMPO ENTRE EVALUACIONES	65
<i>CONSISTENCIA INTERNA - COEFICIENTE ALFA CRONBACH</i>	66
PRUEBA DE WILCOXON PARA PARES IGUALADOS	68
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81

RESUMEN

Este estudio busca aclarar si el índice de bienestar mental de 69 adultos con un diagnóstico de enfermedad mental aumenta conforme utilizan un servicio de salud mental comunitario que opera bajo los principios del Modelo de Fortalezas. En este análisis el término *bienestar mental* abarca la perspectiva hedónica y eudaimónica sobre la cual se fundó la escala de Bienestar Mental de Warwick y Edimburgo (WEMWBS, por sus siglas en inglés). Por tanto el índice de bienestar mental se interpreta a partir de los resultados de las escalas WEMWBS cuyo puntaje mínimo es 14 y el máximo 70. Siendo así, un puntaje mayor indica mayor bienestar mental.

A través de un estudio no experimental se compararon las puntuaciones archivadas de las escalas WEMWBS. Los resultados fueron interpretados según la diferencia (4.42) entre medias (41.94, 46.36), la prueba estadística de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon ($z = 4.12$, $p = .000$) y el método de Alfa de Cronbach ($\alpha = .91$) para reconfirmar la consistencia interna de la escala. Sin embargo, los días transcurridos entre los puntajes disponibles variaron considerablemente (49-600+).

Con base en lo anterior se concluye que ocurre una evolución estadísticamente importante en el índice de bienestar mental de los datos analizados. Parece ser que a medida que se recibe la gestión de casos del Modelo de Fortalezas el índice de bienestar mental evoluciona. Sin embargo, lo anterior no implica una relación de causalidad.

PALABRAS CLAVES: Bienestar mental, modelo de fortalezas, WEMWBS

ABSTRACT

This study aims to clarify whether there is an evolution in the mental wellbeing index of 69 adults with a diagnosis of mental illness that received a recovery-oriented approach to mental health services known as the Strengths Model. Here, *wellbeing* embraces the hedonic and eudaemonic perspectives upon which the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) was founded. Thus the level of mental wellbeing is interpreted from the WEMWBS scores, where the minimum score is 14 and the maximum 70. Therefore, a higher score indicates a higher level of mental wellbeing.

In this non-experimental study, archived WEMWBS scores were compared to establish the difference between the means of all paired scores (41.94; 46.36), which showed a positive difference of 4.42 points between them. Using a Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test there was a significant change between scores ($z = 4.12$, $p = .000$). However, the time frames between evaluations varied enormously (49 to 600+ days). Finally, a Cronbach Alpha test reconfirmed the internal consistency of the WEMWBS ($\alpha = .91$).

To summarize, there is a statistically significant increment in the index of mental wellbeing according to the WEMWBS scores analysed. It appears that exposure to a recovery-oriented mental health service based on the Strengths Model has a positive influence in the mental wellbeing index. Nevertheless, this assumption does not imply causality.

KEYWORDS: Mental wellbeing, strengths-model, WEMWBS.

INTRODUCCION

Existe un creciente interés en evaluar los aspectos positivos de la salud mental y su contribución en todos los aspectos de la vida humana. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud establece que la “salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad” (OMS, 2004). Bajo ese sentido, este trabajo pretende fomentar la línea de investigación referente a la temática de bienestar mental o *salud mental positiva* (términos intercambiables) mediante el análisis de resultados de la escala Warwick-Edinburgh de bienestar mental (en lo adelante WEMWBS¹, por sus siglas en inglés) de adultos afectados por trastornos mentales graves de un servicio de salud mental comunitario que opera según el Modelo de Fortalezas en Nueva Zelanda. Se busca aclarar si el bienestar mental de los usuarios evoluciona conforme reciben el servicio.

La escala WEMWBS es una de las pocas herramientas cuya creación y sustentación está enteramente enfocada en las fortalezas y virtudes del individuo. Consiste en 14 ítems o afirmaciones escritas en lenguaje explícitamente positivo para identificar los aspectos positivos de la salud mental (pensamientos y sentimientos). Es una escala de tipo Likert diseñada para medir el bienestar mental (no sus determinantes) de las últimas dos semanas. En la teorización de esta escala se establece que el bienestar mental comprende dos perspectivas esenciales: el hedonismo y el eudaimonismo.

¹ Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

Por otro lado, el Modelo de Fortalezas empezó a surgir a mediados de los ochentas como respuesta al enfoque de déficits y patologías característico del sistema psiquiátrico tradicional bajo la dirección de Charles Rapp de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Kansas en Estados Unidos. El modelo cobra vida bajo lo que se conoce como *Strengths-Based Case Management (SBCM)*, traducido al español como *Gestión de Casos basada en Fortalezas*. La finalidad es ayudar a las personas con trastornos psiquiátricos a retomar el control sobre su recuperación en un contexto centrado en la persona y sus capacidades. Lo anterior es de crucial importancia debido a la creciente necesidad mundial de reemplazar el sistema psiquiátrico tradicional por programas e intervenciones sostenibles que integren el potencial humano y los recursos del entorno en función de la recuperación y reintegración del individuo a su comunidad y sociedad.

En perspectiva, el reemplazo del modelo psiquiátrico tradicional implica la incorporación de iniciativas comunitarias que salvaguarden los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y el fomento de la reintegración fructífera a su comunidad. Es evidente que el estudio de teorías y medios operacionales enfocados en los aspectos positivos del ser humano y su bienestar mental son esenciales para el desarrollo de programas e intervenciones centrados en prevenir la enfermedad mental, atender a las necesidades de la persona con un diagnóstico de trastorno mental y promover la salud mental. Por tanto, este análisis pretende ampliar la base de evidencia de recursos diseñados para identificar y promover el bienestar mental.

CAPÍTULO 1. TRASTORNO MENTAL, SALUD Y BIENESTAR

1.1 Trastorno mental

Con miras a establecer un sistema de clasificación que brinde parámetros comunes de diagnóstico y tratamiento la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en inglés American Psychiatric Association, (APA) creó el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSMñ en inglés. Allí se establece que:

“Trastorno mental es un síndrome o pauta conductual o psicológica clínicamente significativa que ocurre en un individuo y que se asocia con angustia presente (por ejemplo, un síntoma doloroso) o discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes) o con un aumento significativo del riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome o pauta no debe ser sólo una respuesta esperable y sancionada culturalmente a un evento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido (American Psychiatric Association, 2000, p. xxxi en Halgin y Krauss, p.47, 2009).

Bajo ese sentido, se entiende como trastorno a la presencia de enfermedad. Así, tanto el concepto como su clasificación en el DSM plantean un lenguaje basado en el modelo médico. Por tanto, los términos *enfermo* o *paciente* son consistentes con esta visión. Sin embargo, esa categorización puede llevar a connotaciones negativas vinculadas a la discriminación. Por esa razón en el contexto de esta investigación se utilizan los términos *cliente*, *usuario*, *consumidor* o *persona con experiencia de trastorno mental/ enfermedad* en un intento de discontinuar el uso de estereotipos. De igual manera, el diagnóstico sirve el propósito de aclarar que la observación de datos

proviene de una población con un diagnóstico de trastorno mental identificado en el primer eje del sistema multi-axial del DSM.

Así mismo, en base a la esencia de la psicología positiva que aboga por las fortalezas de las personas como ingredientes principales en el proceso de recuperación los términos *enfermedad o trastorno mental* no *excluyen* sino más bien *incluyen* a la persona en su capacidad de experimentar bienestar mental a pesar y más allá de su diagnóstico. También se puede hablar sobre *trastornos* mentales en una connotación positiva siempre y cuando el diagnóstico otorgado por el cuerpo médico sea capaz de ver al *cliente* como igual y esté enfocado en las fortalezas del mismo.

Por otro lado cabe anotar que el enfoque categórico del DSM provee varios beneficios, tanto para las ciencias médicas como para el usuario. Por ejemplo, desde la dimensión terapéutica brinda consistencia sobre los síntomas del *trastorno* y sus tratamientos. Mientras que para el cliente el acceso a esta información puede traer (o no) alivio a su malestar y en ocasiones funciona como requisito para acceder a servicios de salud que atiendan a su recuperación.

1.2 Salud y Bienestar

La salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” La cita proviene de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS, 2006). Por tanto, “la salud mental es 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, 2001^a, pág.1). Esta definición abre camino a un creciente interés en evaluar los aspectos positivos de la salud y su contribución en todos los aspectos de la vida humana.

Dadas las condiciones que anteceden es evidente que el núcleo del funcionamiento efectivo del sistema mental, físico y social es la salud como un estado de bienestar. En esa misma dirección, Antonovsky (1979) desarrolló la *teoría salutógena humana* que consiste en la salud como presencia de capacidades que fomenten el bienestar y ocasionen salud positiva. Por ejemplo, a través de la capacidad de comprender, tolerar y responder a situaciones estresantes mediante el uso de recursos que promuevan la salud.

Dentro de este marco, las fortalezas de la persona, las de su comunidad y sociedad son la base de la salud mental de manera que su manifestación “va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social, y comunitario.” (Fredrickson, 2009 en Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009, p.17).

Nótese que la salud desde las perspectivas anteriores deja de ser pensada únicamente en lo relativo a los aspectos biológicos del ser humano sino que además acoge una visión integral que comprende los aspectos sociales y psicológicos como elementos complementarios y esenciales de la salud.

1.2.1 Bienestar mental en Nueva Zelanda.

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias prevalecen en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura (OMS, 2008). Uno en cada cinco neozelandeses sufre alguna enfermedad mental o adicción, condiciones que de ser ignoradas pueden concurrir en

consecuencias negativas a corto y largo plazo como también afectar otras áreas de la vida de las personas afectadas.

Por ende, en 1994 Nueva Zelanda inició su política de salud mental a nivel gubernamental. Su principal enfoque era reemplazar el esquema institucional de atención por servicios especializados establecidos en la comunidad. El Ministerio de Salud de ese país apoya un sistema basado en la “recuperación” pues considera que para la mayoría de las personas, la enfermedad mental es de naturaleza episódica. Por ello, una buena recuperación ocurre en un marco de tiempo que varía de persona a persona. Además esta visión considera que las personas que sufren de enfermedad mental y / o adicciones deben ser capaces de tomar decisiones informadas que promuevan su salud mental y bienestar. Esto significa que todos los proveedores de servicios de salud mental deben operar de manera que ayuden a la recuperación de sus usuarios ('Recovery' approach to mental illness - Like Minds, Like Mine Project, 2011).

Por otro lado, el propósito fundamental del Plan de Acción Mundial en Salud Mental 2013-2020 es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, reducir la mortalidad y la discapacidad de las personas con experiencia de trastorno mental. Sin embargo, la conservación de la salud mental y física depende en gran parte de la planificación exitosa de acciones de salud pública así como la satisfacción de las necesidades básicas que son la alimentación, salud, vivienda, seguridad social, trabajo, vestimenta, ocio, derechos humanos entre otras. Siendo así, el gobierno neozelandés ha dado pasos gigantescos empezando por una creciente inversión en salud mental. Por ejemplo, de NZ\$465 millones en el 2004 a NZ\$863 millones en el 2005 para la salud mental y el bienestar, prevención de enfermedad mentales y adicciones (Ministry of Health, 2005).

Lo anterior ha permitido el establecimiento de 21 comisiones de salud que son responsables de determinar las necesidades de salud mental de sus comunidades, el planteamiento de centros de atención primaria en salud, la integración estratégica de la salud mental en el sistema de salud pública y la creación de servicios que respondan eficazmente a las necesidades socio-culturales de las minorías. Los fundamentos teórico-filosóficos que sustentan el desarrollo del área en salud mental de Nueva Zelanda se fundamenta en el principio de recuperación.

Ello es posible a través de prácticas clínicas científicamente comprobadas que no solo respondan a las necesidades de la población sino que también integren y fortalezcan el rol de la persona y su familia o redes sociales que sean importantes en su tratamiento. Es decir el desarrollo de una filosofía de trabajo que priorice en el potencial de la persona y su importancia en su contexto comunitario y social. Hoy quienes sufren de enfermedad mental o adicción desempeñan un rol primordial en la prestación de servicios de salud. Está claro que en este país el bienestar mental es más que la ausencia de disfunción.

La estrategia de salud mental actual está dando pasos aún más importantes mediante acciones que propician el aumento del conocimiento sobre salud mental y bienestar por parte de la población y la implementación de estrategias que reduzcan los índices de atentados suicidas, el suicidio y las consecuencias negativas de la depresión. Considera igualmente importante la implementación de educación sobre adicciones, su intervención temprana y reducción de riesgo, lo que a su vez responde a la discriminación ya que la persona recibe el apoyo, la protección y remediación necesarias para reducir del impacto de la discriminación. Además establece vínculos de apoyo a los empleadores para la reducción de

estigma, exclusión y la reincorporación de la persona con enfermedad mental al mundo laboral (Ministry of Health, 2005).

Conforme a lo anterior un enfoque hacia el bienestar incorpora el tratamiento de problemas así como el mejoramiento de atributos positivos. Lo mismo que no resta valor al tratamiento de la enfermedad sino que las fortalezas individuales y comunitarias son componentes esenciales en el incremento del bienestar individual y a nivel de población. Por ende el tratamiento de la enfermedad es primordial pero no suficiente para mejorar el bienestar. Bajo ese sentido existe un esfuerzo colaborativo a través de sectores gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional y regional que enfatizan en la participación individual y poblacional en la promoción de la salud mental. Lo anterior tiene el potencial de reducir la enfermedad, la delincuencia, mejorar conductas apropiadas a favor de la salud, mayor productividad, mejores relaciones personales, mayor oportunidad de empleo y otros (New Zealand Mental Health Commission, 2012).

1.2.3 Breve mención sobre el concepto de bienestar en el Ecuador.

Dentro del contexto nacional, el actual Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) asume la definición de salud de la OMS establecida en 1948. Asimismo, prioriza el aspecto positivo de esa definición mediante estos lineamientos:

“El bienestar significa la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida”. (MAIS-FCI, 2012, p. 32).

El gobierno ecuatoriano en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 recoge el concepto emergente de los pueblos indígenas andinos de vida plena o *sumak kawsay* que indica que “alcanzar la vida plena consiste en llegar a un grado de armonía total con la comunidad y con el cosmos” y lo suma a la concepción occidental del bienestar procedente de la concepción político-ética de Aristóteles que se verá más adelante. En esa misma dirección pretende redefinir el concepto de desarrollo humano tradicionalmente definido por el producto interno bruto (PIB) por uno que considere “el nivel de vida de las personas, a través de indicadores relativos a la satisfacción de las necesidades humanas”, lo mismo que reafirma la importancia de considerar al bienestar como medio hacia el desarrollo.

Así mismo, en la sección séptima en artículo 32 de la Constitución del Ecuador consta que “ la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” (Constitución de la República del Ecuador, p29, 2008).

**CAPÍTULO 2. DOS PERSPECTIVAS SOBRE EL BIENESTAR MENTAL:
HEDONISMO Y EUDAIMONÍA**

Este estudio no pretende definir el bienestar *per se* sino de considerar en lo posible las aportaciones más relevantes y actuales según los principios de la salud mental positiva o bienestar mental (términos intercambiables). El interés en definir la naturaleza del bienestar dista al inicio de la historia intelectual y su definición sigue en investigación. Sin embargo, de manera general el debate académico de los últimos años retoma el estudio de dos perspectivas filosóficas antiguas para explicar el complejo fenómeno del bienestar y los componentes de la salud mental positiva: el hedonismo y la eudaimonía.

2.1 Hedonismo

El principio básico del hedonismo ancla sus raíces en los filósofos griegos. La concepción clásica refiere a la búsqueda de placer y la supresión de dolor como estado de bienestar o *felicidad*. Por ejemplo Ryan y Deci (2001), hacen referencia a Aristipo (350 a.c.) para explicar que según las raíces del hedonismo la meta de la vida está en vivir la mayor cantidad posible de placer y la felicidad vendría a ser la totalidad de momentos hedónicos,

La filosofía hedónica tuvo continuidad con filósofos como Hobbes, Sade o los filósofos del utilitarismo como Bentham. Sin embargo, la psicología hedónica moderna considera que el bienestar no se limita a la búsqueda de placer sino que además comprende la integración de la experiencia individual de emociones positivas y la evaluación cognitiva del estado de satisfacción con la vida en un momento determinado, a eso se conoce como *bienestar subjetivo*. Cabe aclarar que este concepto no es exclusivo de la perspectiva hedónica. El estudio del bienestar subjetivo reconoce que las personas no solo buscan evadir la tristeza o la miseria sino que hay

una serie de aspectos positivos que son relevantes en la investigación del bienestar (Diener *et al.*, 1999).

En conclusión, la psicología hedónica tiene el objetivo de medir la “felicidad” entendida como la presencia del afecto positivo, la ausencia de afecto negativo y la satisfacción con la vida. El afecto puede definirse como “las experiencias anímicas y emocionales que experimentamos y que nos informan sobre la marcha de nuestras vidas” (Vázquez, 2009).

2.2 Eudaimonía

La tradición eudaimónica del estudio del bienestar está conectada a la explicación de Aristóteles sobre la felicidad en su obra *Ética a Nicómaco* (siglo IV A.C). Allí utiliza el término felicidad para referirse a una forma de vida en concordancia con el *daimon*, término griego que implica la maestría de los talentos propios de cada sujeto y el *arete* (virtud) que indica la elección de acciones balanceadas en el punto intermedio de los opuestos del exceso y del déficit. Desde esta perspectiva filosófica llevar una vida representada por la excelencia humana es el mayor bien que el ser humano puede alcanzar, la eudaimonía.

Perspectivas más actuales toman en cuenta el funcionamiento psicológico, la auto-realización y las buenas relaciones con otros seres humanos como los componentes esenciales la eudaimonía. Según Norton (1976) el *eudaimonismo* y la *felicidad*, no pueden ser considerados como términos equivalentes. El mismo autor indica que el término *felicidad* como popularmente se utiliza significa la extensión de placer, y el *placer* el sentimiento de gratificación de cualquier tipo de deseo. Bajo esa condición la felicidad entendida como la gratificación extendida de deseos a largo

plazo es tomada como el objeto de vida suprema. Sin embargo, desde la perspectiva eudaimónica el placer y la felicidad carecen de valor por el propósito al que sirven.

Por tanto, es fundamental distinguir en primera instancia si la gratificación del deseo es correcta o no, pues sin saberlo falla en proporcionar dirección hacia una vida significativa. Bajo ese sentido, la eudaimonía es más bien un sentir y una condición. Como sentir es capaz de distinguir los deseos correctos de los incorrectos lo que genera una recompensa intrínseca definida por la condición misma de “vivir en concordancia con en el desarrollo de las habilidades y capacidades que permiten conseguir una vida plena y cívica” o lo que es lo mismo vivir en armonía con el *daimon*.

2.3 Bienestar y modelos relacionados con el eudaimonismo y el hedonismo

Es importante tomar en cuenta que el bienestar es un proceso en donde los conceptos de hedonismo y eudaimonía se superponen, convergen y divergen en distintas estancias.

Enfoques como los provenientes de la psicología positiva, la gestión de casos basada en fortalezas y otros ejemplos que se verán más adelante empiezan a definir el bienestar de manera empírica, de manera que haya evidencia sólida sobre su impacto en la vida humana.

2.3.1 Expresividad personal.

La teoría de Waterman (1990,1993) sobre la concepción eudaimónica o *expresividad personal* establece que el bienestar es un estado subjetivo que se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundamente arraigados. Esto supone el desarrollo de aptitudes, talentos o propósitos personales

que dan lugar a experiencias que hacen que las personas se sientan intensamente vivas y auténticas a través del desarrollo de su talento único e individual.

Así, Waterman sugiere (1993) que la eudaimonía o expresividad personal engloba la experiencia psicológica de bienestar en función de los aspectos relacionados con el funcionamiento óptimo del ser humano, el crecimiento personal y con una forma de vida consistente con la naturaleza innata o el *daimon* de cada cual. Lo anterior refleja la relación de esta teoría con la concepción aristotélica de eudaimonía.

Por otro lado Waterman (1993) a través de un cuestionario diseñado para medir las diferencias empíricas entre la eudaimonía y la gratificación hedónica, el *Personally Expressive Activities Questionnaire (PEAQ)*, demostró que la expresividad personal y gratificación hedónica están fuertemente correlacionadas. Por tanto, cuando alguien está expuesto a actividades que fomenten el desarrollo de su potencial y cuando esas experiencias resulten exitosas entonces la persona siente satisfacción hedónica y eudaimónica.

2.3.2 Modelo del bienestar psicológico de Ryff.

Según Carol Ryff (1989, 1995), una de las autoras más importantes sobre la temática del bienestar y en especial sobre la perspectiva eudaimónica, existe una gran diversidad y extensión de conceptos del bienestar así como una sobrecarga de explicaciones sobre cómo las personas deben vivir. Lo mismo que impide que cualquiera de esas aproximaciones tenga gran impacto empírico.

Por ello, Ryff (1995) analizó las teorías desarrolladas por la psicología existencialista, humanista y del desarrollo para definir los puntos de convergencia

entre teorías. Por ejemplo, el concepto de autorrealización de Maslow, la perspectiva de la persona plenamente funcional de Rogers, el principio de individuación de Jung la concepción de madurez de Allport, la teoría psicosocial de Erikson, las formulaciones sobre tendencias básicas de la vida para la completitud en la vida de Buhler, la descripción de Neugarten sobre los cambios de personalidad y el envejecimiento, y la literatura sobre el bienestar mental. En base a lo anterior Ryff propone un modelo alternativo multidimensional sobre *el bienestar psicológico* dividido en seis conceptos fundamentales.

“Las personas que presentan bienestar eudaimónico : a) se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (Autoaceptación), b) han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás (Relaciones positivas con los otros, c) dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (Control ambiental), d) han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (Autonomía); e) han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (Propósito en la vida) y, por último, f) mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (Crecimiento personal)” (Vázquez et al. 2009, p.18).

2.3.3 La teoría de la autodeterminación de Ryan & Deci.

La teoría de la autodeterminación (*self-determination theory*) empieza a desarrollarse en 1970 a través del estudio de la motivación intrínseca y extrínseca y su importancia en la conducta humana. El marco empírico de su teoría recoge tanto el principio eudaimónico de auto-realización como el hedónico de placer. Por tanto, se centra en la obtención de metas intrínsecas y la satisfacción de tres necesidades psicológicas

básicas (autonomía, competencia y vínculo) en conexión con la regulación de la conducta.

Según Ryan & Deci (2004) la autonomía o autodeterminación se relaciona con la capacidad de escoger actividades auto-dirigidas . La necesidad de competencia se refiere a tener óptimo éxito en tareas difíciles y poder alcanzar los resultados deseados. La necesidad de vínculo se refiere a la necesidad de sentirse conectado y apreciado por otros. Todas están directamente relacionadas con el desarrollo psicológico, el bienestar mental y la motivación en función de una meta.

Por otro lado, las metas intrínsecas son aspiraciones de primer orden que proporcionan bienestar, su nivel de autonomía depende de que tan integrada esté con el esquema de valores propio de cada individuo es decir si es auto-dirigida y auto-determinada lo que implica que la conducta hacia la meta sea libremente elegida por el ser-humano sin interferencia o influencia externa. Por ejemplo, alguien puede decidir donar dinero a una fundación de ciegos porque cree que así puede ayudar estas personas y esa acción es voluntaria y le proporciona bienestar, mientras que otra persona puede hacer lo mismo por querer admiración social, en ese caso no es una meta autónoma sino que se relaciona con un nivel de regulación de conducta que proviene del exterior, en este caso aceptación social.

Ryan, Huta y Deci (2006) demuestran a través de sus estudios que la realización de metas intrínsecas proporciona mayor bienestar y relaciones positivas. Mientras que la realización de metas extrínsecas como la riqueza, fama, y el poder favorecen conductas no auto-determinadas frecuentemente caracterizadas por falta de motivación.

La concepción de la eudaimonía se centra en el *contenido* de la vida y los *procesos* envueltos en vivir bien, mientras que la concepción hedónica se centra en un resultado específico, en especial la consecución del afecto positivo y de la reducción de pena” (Ryan, Huta y Deci, 2006, p.140). Así, las necesidades son nutrientes esenciales en la supervivencia, crecimiento e integridad del individuo (Ryan, Sheldon, Kasser y Deci, 1996 en Baard, Ryan y Deci, 2004). Bajo ese sentido, es “ilógico e inapropiado considerar algo como necesidad humana si tiene consecuencias perjudiciales para el ser humano” (Baard et al. 2004, p. 2046). Por tanto es *necesidad* únicamente aquella que al ser satisfecha provee salud y crecimiento individual, lo contrario es apenas un *deseo* (Baard et al.,2004).

Lo anterior es relevante en el contexto de la perspectivas eudaimónica que indica que el ser-humano puede gozar de bienestar si su acción está en concordancia con su potencial innato mientras que la satisfacción de deseos no siempre responde a mayor bienestar entendido como la capacidad intrínseca de distinguir lo errado de lo correcto.

2.3.4 Psicología positiva y el modelo *flourishing* de Seligman

El bienestar según la perspectiva de la psicología positiva hace referencia al bienestar subjetivo entendido como la evaluación interna general y específica que cada persona tiene sobre su vida. Por ende la *felicidad* o el nivel de satisfacción con la vida, está estrechamente alineado a la perspectiva del bienestar subjetivo.

Seligman es el fundador de la *psicología positiva*, una rama reciente de la psicología que busca incrementar el bienestar y la calidad de vida del ser humano a través del estudio científico de los procesos que subyacen a los aspectos positivos de la persona. Seligman (2011) establece que la finalidad del bienestar es el *flourishing*,

cuya traducción literal al español es *florecimiento*. Como tal es un constructo compuesto por cinco dimensiones operacionales, medibles y conducentes al bienestar: 1. la emoción positiva (*positive emotion*); 2. el compromiso (*engagement*); 3. las relaciones positivas (*positive relations*); 4. el significado de la vida (*meaning*); y 5. la realización (*accomplishment*); comúnmente conocido por el acrónimo PERMA por sus siglas en inglés. Cada uno de estos elementos cumple con tres condiciones: 1. contribuye al bienestar; 2. cada quien lo persigue por su propio bien, no necesariamente para obtener cualquier otro de los elementos; y 3. es definido y medido independientemente del resto de elementos (exclusividad).

El primer elemento del bienestar es la emoción positiva. Es una variable subjetiva del pensamiento y sentimiento que puede centrarse en el futuro, presente o pasado. Respecto al futuro, están el optimismo, la esperanza, la fé, y la confianza. En tanto al presente está la euforia, el placer, la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo, y la más importante el denominado *flow*, o experiencia óptima, que incluye felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad realizada (Csikszentmihalyi, 1990). Sobre el pasado, las emociones positivas incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Estos tres aspectos emocionales son distintos y no se hallan necesariamente relacionados (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El segundo elemento es el compromiso con ciertas experiencias, igualmente al resto de elementos contienen variables subjetivas y objetivas, en este caso se trata de la capacidad de ser uno con cierta actividad, lo que se conoce como *flow*. Bajo ese estado el tiempo parece parar, el sentido del *self* se pierde y la persona deja de percatarse conscientemente del estado de su disfrute. Sólo puede asimilarlo en

retrospectiva, por ejemplo cuando al ver una obra de arte magnífica el espectador se queda sin palabras y le invade un sentimiento inmenso de apreciación, la reacción cobra sentido lógico una vez que el momento haya pasado. En otras palabras, la persona es absorbida por la actividad al punto que está menos consciente de sí misma y el tiempo transcurrido. Estas experiencias se describen mejor como gratificantes más que placenteras (Seligman, 2011).

El tercer elemento es la capacidad de llevar relaciones positivas centrada en la importancia de llevar una vida en comunidad en la cual la persona pueda compartir con otros seres las experiencias de su vida. El ser humano es por naturaleza un ser social consecuentemente no puede *floreecer* en soledad, aislar a un individuo es un detrimento de su bienestar (Seligman, 2011).

El cuarto elemento refiere al significado de la vida como el sentimiento de sentirse parte de algo y a la vez servir a algo mayor que si mismo, una de las formas más comunes que el ser humano añade sentido a la vida a través de la religión.

El quinto y último elemento es la realización, la tendencia del ser humano a querer prosperar y superar sus límites a través de su acción. Esto tiene que ver con la maestría de ciertos talentos, el alcance de metas, el ganar o perder como consecuencia de un esfuerzo determinado (Seligman, 2011). En base a lo expuesto Seligman retoma el concepto clásico de eudaimonía de Aristóteles y explica que la actividad virtuosa es parte inherente de una vida plena y satisfactoria, no algo distinto o una consecuencia posterior.

CAPÍTULO 3. THE WARWICK-EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE

3.1 Antecedentes

El Programa Nacional para el mejoramiento de la Salud Mental y Bienestar de Escocia comisionado por NHS Health Scotland frente a la necesidad de implementar y medir programas e intervenciones que promuevan el bienestar a nivel de comunidad designó a un grupo de expertos y a un grupo asesor multidisciplinario de investigación familiarizados con la investigación epidemiológica y la literatura académica en salud mental positiva la tarea de validar en el Reino Unido y Escocia el Affectometer 2 o si fuera necesario la creación de una escala de bienestar mental que pueda ser utilizada a nivel de población (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008)

El Affectometer 2 es un inventario creado por Richard Kammann y Ross Flett en 1980 para medir la felicidad general o sensación de bienestar en relación al balance entre pensamientos y emociones (negativas o positivas) recientes. Por consiguiente, el análisis cuantitativo y cualitativo de esta escala evidenció una tendencia de respuestas sesgadas, alta consistencia interna y aunque razonablemente adecuada para medir el bienestar en la población del Reino Unido el principio de su teoría no guarda consistencia con los hallazgos de investigaciones recientes en el área de salud mental positiva que indican que quien sufre de enfermedad mental también es capaz de experimentar los aspectos positivos de la salud mental (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008).

Lo anterior dio origen a la escala Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS); un proyecto que inició en abril del 2005 y culminó en Junio del 2006. Como puede apreciarse el gobierno escocés es pionero en responder al reto de considerar los aspectos positivos la salud mental como estándares de medición de sus políticas (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008). Por ejemplo define salud mental como:

“La resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y de los demás”.
(Fiona Myers, Allyson McCollam y Amy Woodhouse, 2005, pág.18).

El propósito de sus políticas en el área incluye la promoción de la salud mental, la reducción de enfermedad mental y el mejoramiento de la calidad de vida de quienes sufren de enfermedad mental o problemas de salud mental. Bajo ese sentido adopta el modelo social de salud en el cual reconoce que el estado mental está moldeado por aspectos sociales, económicos, físicos y culturales, los mismo que incluyen las fortalezas y vulnerabilidades de las personas, estilos de vida y conductas relacionadas con factores de la salud, sociales y ambientales. (Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011, 2009).

Cabe mencionar que hay varias escalas enfocadas en los aspectos positivos de la persona esencialmente centradas en ocho dominios: el bienestar emocional, satisfacción con la vida, optimismo y esperanza, autoestima, resiliencia, espiritualidad, funcionamiento social e inteligencia emocional. Por ejemplo, entre las escalas que miden el la experiencia emocional están: el Affect Balance Scale (ABS) creada por Bradborn en 1969 para medir la dimensión de la experiencia emocional (afecto) como placentera o no; la escala Depression-Happiness Scale (DHS) diseñada por McGrean y Joseph en 1993 que distingue la depresión y la felicidad como aspectos de un mismo continuum; el inventario Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) elaborado por Watson en 1982 que distingue las diferentes dimensiones de la experiencia emocional mediante una serie de palabras que describen emociones y sentimientos I (Mental Health Improvement: Evidence & practice - guide 5,

2007). Ninguna de las cuales a excepción del Affectometer 2 incluye la dimensión eudaimónica que es esencial en el bienestar mental.

3.2 Principios teóricos de la escala WEMWBS

Lo que diferencia a esta escala de otras es estar centrada únicamente en los aspectos positivos de la salud mental y, como ya se ha mencionado en el segundo capítulo, estar en concordancia con dos perspectivas: 1. la hedónica, que tiene que ver con la experiencia subjetiva de la felicidad y la satisfacción en la vida; y 2. la eudaimonía, que se relaciona con el funcionamiento psicológico positivo, la capacidad de preservar buenas relaciones y auto-realización (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008).

Cabe agregar que esta escala no es exhaustiva ante todos los aspectos del bienestar mental, por ejemplo, no incluye aspectos espirituales debido a la controversia de este tema y la dificultad de establecer parámetros de medida sobre ello.

3.3 Estructuración de la escala WEMWBS

Es una herramienta psicométrica destinada a medir el bienestar mental (no sus determinantes) para personas de trece años en adelante. Consiste en 14 ítems o afirmaciones en lenguaje explícitamente positivo para identificar los aspectos positivos de la salud mental (pensamientos y sentimientos) a manera de auto-reporte (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008).

Putz, O'Hara, Taggart & Stewart-Brown (2012) indican que WEMWBS es una escala de tipo Likert para medir el bienestar mental en las últimas dos semanas cuya puntuación se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems en una escala de 1 a 5 que varía entre *nunca* a *siempre*. La puntuación mínima es 14 y la máxima 70; a mayor puntaje mayor bienestar mental. No es posible definir con

exactitud cuán significativa es un cambio entre el “antes” y el “después” de los resultados entre cuestionarios WEMWBS debido a que eso varía según el número de participantes, la variación entre resultados, entre otros. Sin embargo, se cree que un cambio es estadísticamente significativo si varía entre los tres y ocho puntos entre *antes* y *después* de la intervención (Putz, Kate O’Hara, Taggart & Stewart-Brown, 2012).

Según Stewart-Brown & Jamohamed (2008) el primer análisis sobre la validez de la escala WEMWBS se realizó con 348 estudiantes de las universidades de Warwick y Edimburgo en el 2006. Para determinar si el número de variables de la escala podría ser reducido y si la relación entre variables presentaba buena validez de contenido se realizó un análisis de correlaciones de WEMWBS con otras escalas que miden el bienestar mental y otros aspectos de la salud en general (véase tabla 1 en apéndices).

Tabla 1. Correlaciones entre WEMWBS y otras escalas

Table 2: Correlation of WEMWBS to other scales

Scale	n	Correlation with WEMWBS ^α
WHO-Five Well-being Index	79	0.77**
Short Depression Happiness Scale	71	0.76**
Positive and Negative Affect Scale – Positive Subscale	63	0.73*
Positive and Negative Affect Scale – Negative Subscale	63	-0.55**
Satisfaction With Life Scale	79	0.72**
Global Life Satisfaction Scale	77	0.55**
Scale of Psychological Well-being	63	0.73**
EQ-5D Thermometer	72	0.42**
Emotional Intelligence Scale	67	0.51**

^α Pearson’s correlation coefficient

* => significant at 0.05 level

** => significant at 0.01 level

Fuente. Correlation of WEMWBS to other scales. Tomado de Warwick-Edinburgh mental Well-being Scale: User guide, Version 1, 2008 por Stewart-Brown & Jamohamed, p. 5. © NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh,2006, all rights reserved.

En la anterior tabla se observa que existe una correlación moderadamente alta entre WEMWBS y estas escalas: Scale of Psychological Well-being; Satisfaction with Life Scale; Short Depression Happiness Scale; Positive and Negative Affect Scale – positive subscale; y WHO-Five Well-being Index. Dichos resultados sugieren que WEMWBS cubre los aspectos eudaimónicos y hedónicos del bienestar mental. Por otro lado se observan correlaciones moderadamente bajas con el EQ-5D thermometer que mide la salud física y emocional en general y con la escala Emotional Intelligence Scale que mide la capacidad de distinguir las experiencias emocionales propias y ajenas, que en otras palabras miden conceptos diferentes. Cabe agregar que la consistencia interna de WEMWBS es alta ($\alpha = 0.89$). Esto significa que los ítems de la escala miden el bienestar mental y que potencialmente el número de ítems de la escala podría ser reducido en base a este hallazgo.

El segundo estudio realizado a través de la inclusión de la escala WEMWBS en dos encuestas a nivel poblacional ($N=1749$) de Escocia (Autumn Wave of the Scottish Health Education Population Survey, 2006.) confirman la fiabilidad de la escala (alfa de Cronbach = 0.91). Este y anterior ejemplo mencionado demostraron una distribución relativamente normal, lo mismo que permite calcular el impacto de programas o intervenciones en el bienestar mental a través del espectro completo del bienestar mental. (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008).

Con base a lo anterior se definieron normas provisionales de la población para los puntajes WEMWBS de grupos socio-demográficamente distintos. Por ejemplo, la media de la población es 50,7 con un intervalo de confianza del 95% (50,3- 51,1) (Stewart-Brown & Jamohamed, 2008). Datos que pueden ser utilizados como referencia para comparaciones en otros estudios. Los resultados de la escala

WEMWBS deben ser establecidos en formas de medias de la población estudiada con la desviación estándar o un intervalo de confianza de 95%.

Por otro lado, Clarke et al. (2011) en su estudio sobre la validación de la escala WEMWBS en 1650 adolescentes entre 13-16 años de diferentes escuelas en el Reino Unido y Escocia encontraron que la puntuación media de la muestra es 48,8 con una desviación estándar de 8.6. Los resultados de la prueba Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.87$) e intervalo de confianza de 95% (0.85; 0.88) demostrando alta consistencia entre ítems. Los autores de este estudio concluyeron que WEMWBS es psicométricamente un instrumento relevante en la medición del bienestar mental a nivel de población no solo para adultos sino también para adolescentes de 13 años de edad en adelante.

Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown (2012) encontraron que WEMWBS no solo es un instrumento sensible al cambio en una amplia gama de intervenciones de salud mental en diferentes poblaciones sino que también ofrece una base segura para la investigación y desarrollo en el área del bienestar mental. Antes de esta confirmación Lindsay et al. (2009) en un estudio realizado en más de 1000 padres para medir el impacto de un programa sobre la crianza de los hijos antes y después de la intervención demostró que la puntuación media de WEMWBS cambió de 43,5 a 50,6, lo que representa un cambio importante con un efecto de 7.1 puntos.

López et al. (2012) realizaron el primer estudio destinado a adaptar la escala WEMWBS a la lengua española de España y a realizar una evaluación preliminar de las propiedades métricas en esta escala en una muestra de estudiantes ($N = 148$) encontraron que la versión en español es conceptualmente equivalente a WEMWBS. Sus análisis demostraron la presencia de alta consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y validez de construcción similar a la del instrumento original. Los autores

encontraron que sólo 4 de los 14 ítems no calificaron como conceptualmente y lingüísticamente equivalentes al original y los modificaron.

CAPÍTULO 4. MODELO DE FORTALEZAS

4.1 Antecedentes

El sistema psiquiátrico tradicional concibe la enfermedad mental desde un contexto biológico, fundamentado en el modelo médico tradicional occidental cuyo punto de partida es la *patología*. Lo anterior no solo resta valor a otros componentes sociales como el nivel de pobreza asociados con la enfermedad mental sino también a la importancia de lo saludable y positivo en el ser humano. Lo mismo falla en advertir el impacto que los aspectos positivos de la salud mental y su relación tienen en la recuperación de la persona.

Es de conocimiento general que en varias ocasiones el ejercicio del poder médico sobre el “*enfermo*” ha estado marcado por el maltrato, internamiento casi vitalicio, reclusión, anulación de autonomía de la persona con experiencia de enfermedad mental. En este sentido, los medios más comunes para el tratamiento eran el uso del medicamento y el aislamiento del individuo. Por tanto, la evaluación de la eficacia de programas e intervenciones de salud mental estaban determinados por estrategias y herramientas diseñadas para identificar lo que hay de *patológico* en la persona.

Este tipo de intervención parece haber estado influenciada por las secuelas a nivel psicológico de los sobrevivientes de la segunda guerra mundial en especial de los veteranos de guerra. Por tanto, el enfoque dominante yacía sobre la enfermedad y el tratamiento en la reparación de daños (Seligman, Acacia & Parks, 2004).

En ese sentido, la mayoría de la literatura científica en el campo de psicología y psiquiatría trata sobre la sintomatología de los trastornos mentales y los efectos negativos que ciertos estresores ambientales como el abuso, el trauma, la negligencia tienen en el ser humano. Por ejemplo, Salanova (2008) hace una breve revisión de la

literatura científica publicada en los últimos cien años (desde 1907 hasta 2007) y demuestra que se han publicado 77.614 artículos sobre 'estrés', 44.667 artículos sobre 'depresión', 24.814 sobre 'ansiedad' pero sólo 6.434 sobre 'bienestar'.

4.1.2 Reforma psiquiátrica.

En los sesentas gracias a psiquiatras como el sudafricano David Cooper y el italiano Franco Basaglia y otros autores empieza a desmantelarse el sistema psiquiátrico convencional. Ellos denunciaron y desafiaron abierta y públicamente las prácticas y teorías del sistema psiquiátrico convencional que se caracterizan por el abuso de poder sobre la persona, la reclusión, tratamientos forzados, entre otros.

Por ende a mediados del siglo XX en Estados Unidos empezaron a crearse los primeros centros de salud mental en la comunidad a raíz del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica con la finalidad de brindar atención menos restrictiva que permita la reintegración social de la persona con enfermedad mental a su medio. Esto se vio apoyado por políticas gubernamentales que ayudaron a generar una conciencia nacional sobre el convivir con ciudadanos con enfermedad mental (Kisthardt, 1997). Sin embargo, dichos centros fallaron en responder a las necesidades de la población y continuaron a entregar el mismo tipo de servicio basado en el modelo médico tradicional aunque en un contexto más abierto.

4.2 Creación de la Gestión de Casos

En 1978 el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos frente a la necesidad de afrontar la fragmentación e ineficacia de los servicios sociales y de salud inicia un proyecto piloto titulado *Community Support Program* (CSP) con la finalidad de propiciar un servicio comunitario, holístico y adaptable a una variedad de programas e

intervenciones destinadas a responder a las necesidades de las quienes sufrían de trastornos mentales graves a largo plazo. Lo anterior cobra forma bajo el nombre de Gestión de Casos (*Case Management*); un tipo de intervención holística centrado en el cliente “como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que hace accesibles recursos coordinados que respondan a las necesidades integrales de los clientes” (Sánchez, 2007, pp.16). Bajo ese sentido, la gestión de casos integra un conjunto de funciones y actividades de coordinación comunitaria destinadas a promover la reintegración y rehabilitación plena del individuo para mejorar su calidad de vida.

En tal sentido el nivel de involucramiento y la diversidad de intervenciones por parte del gestor de casos (*case manager*) en la vida del cliente se expande notablemente en respuesta a sus necesidades. Por tanto, la gestión de casos representa un paso eficaz en la reestructuración del sistema de salud mental a raíz del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. Hunter (1988) explica que uno de los requisitos esenciales para ser gestor de casos es querer serlo y no trabajador social, enfermero, psicólogo, o lo que fuera que haya estudiado o ejercido previamente.

Según Kisthardt (1997) en su análisis de la literatura (ej. Wintersteen, 1986; De Gennaro, 1987; Saleebey, 1992; Austin McClelland; 1996) sobre la gestión de casos indica que las la funciones esenciales del gestor de casos son: La valoración del caso mediante la recolecta de información sobre las necesidades y circunstancias del consumidor; planeamiento entendido como el proceso de identificar actividades que promuevan el éxito de las necesidades identificadas por el cliente así como la designación de responsabilidad sobre las actividades establecidas; la implementación del plan; el monitoreo del plan y de las acciones identificadas, lo cual a menudo conlleva el involucramiento en el proceso de ayuda y la reevaluación o

modificación del plan en acción cuando necesario; y la evaluación en el contexto de reflexión sobre el trabajo elaborado, revisión del progreso en general. (Moxley 1996 en Kisthardt, 1997). Entre dichas funciones se da una variabilidad importante conforme al modelo al que sirvan. Por ejemplo, el modelo de fortalezas se enfoca en los talentos y habilidades de las personas mientras que el modelo de rehabilitación psiquiátrica atribuye valor a los talentos así como a los déficits en función de evaluar la “funcionalidad” del individuo (Kisthardt, 1997).

4.3 Gestión de Casos del Modelo de Fortalezas

La gestión de casos del modelo de fortalezas a manera de servicio se centra en el cliente, y está integrada por principios teóricos y métodos que enfatizan la capacidad del ser humano de recuperarse mediante el uso adecuado de sus recursos personales y contextuales. Por tanto, el proceso de recuperación está dirigido por el cliente.

A mediados de los ochentas en respuesta al enfoque de déficits y patologías del sistema psiquiátrico tradicional Charles Rapp y colaboradores en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Kansas crean lo que se conoce como Gestión de Casos del Modelo de Fortalezas o *Strengths-Based Case Management* (SMCM por sus siglas en inglés). Es una filosofía y un conjunto de métodos diseñados para ayudar a las personas afectadas por trastornos mentales a alcanzar las metas que se trazan para sí mismas, mediante la identificación del potencial humano (fortalezas) y el uso de recursos naturales que promuevan su recuperación.

Según el Modelo de Fortalezas (en adelante MF) no existe una definición universal del término *recuperación* sin embargo utiliza la definición de Patricia Deegan (1988) quien indica que la recuperación no es un proceso lineal sino una forma de vida marcada por altibajos, éxitos y fracasos en los que cada individuo es único a

pesar de sus múltiples semejanzas. Por ende lo importante es abarcar esa diversidad e imperfección en un contexto que permita a la persona a afrontar los retos de la discapacidad para nuevamente establecer un sentido de integridad y propósito en los cuales vivir, trabajar, amar y contribuir a la sociedad a la que pertenecen son elementos esenciales en la recuperación (Rapp & Richard J. Goscha, 2006).

De manera general, el MF se fundamenta en dos supuestos esenciales, el primero es que todo ser humano tiene metas y fortalezas. Según Seligman y Peterson (2004) las fortalezas humanas no son secundarias, derivativas, ilusorias ó ficticias sino el fundamento de la condición humana, por tanto toda actividad congruente con las fortalezas representa un importante canal hacia el buen vivir psicológico. El segundo es salvaguardar los derechos del cliente en función de su recuperación para asegurar igual acceso a las oportunidades y opciones disponibles en la comunidad sobre las nociones de autonomía, igualdad y ciudadanía.

4.4 El contexto del Modelo de Fortalezas

Según Rapp & Goscha (2006) trabajar en el contexto del MF implica operar desde cinco elementos fundamentales respecto al cliente. Primero, disponibilidad para trabajar bajo el contexto de fortalezas, invirtiendo interés y energía en la recuperación del usuario. Segundo, el establecimiento de un compromiso sincero en la vida de quien sirve para entender cómo ayudar y a la vez establecer el rol de gestor de casos para que desde un inicio las expectativas estén claras para ambas partes. Tercero y cuarto, hacer uso de la Evaluación de Fortalezas y Plan de Recuperación Personal (*Strengths Assessment* y *Personal Recovery Plan*), herramientas primordiales diseñadas para identificar las fortalezas y metas del cliente. Quinto la búsqueda conjunta de actividades que faciliten la recuperación para establecer el inicio y la

sustentación de una trayectoria enfocada en el bienestar y recuperación del cliente. Por ello la carga de número de casos por gestor debe ser prudente para que el servicio sea significativo.

Desde la creación del MF se han desarrollado nueve estudios para constatar su efectividad en personas con discapacidades psiquiátricas, cuatro de los cuales usaron métodos experimentales o cuasi-experimentales y cinco métodos no experimentales. En ninguno de estos se demostró que el MF haya tenido un efecto negativo en la vida de los participantes al contrario los resultados señalaron reducción del número de hospitalizaciones, mejoría en las competencias necesarias para una vida independiente, mayor tiempo dedicado a actividades de ocio y sociabilidad, menor sintomatología y menor peso familiar (Rapp & Goscha, 2006).

Más recientemente un estudio realizado por Fukui, Goscha, Rapp, Mabry, Liddy & Marty (2012) mediante la recolección de datos de 14 equipos de gestión de casos de 10 agencias distintas que sirven a aproximadamente 953 clientes con un diagnóstico de enfermedad mental grave en un período de 18 meses o más demostró que existe una asociación positiva entre la fidelidad a la Gestión de Casos del Modelo de Fortalezas y los resultados en hospitalización psiquiátrica, educación superior, vivienda independiente y empleo de personas con enfermedades mentales graves.

4.5 Principios del Modelo de Fortalezas

De acuerdo a Rapp & Goscha (2006) toda interacción en el contexto de fortalezas se desplaza sobre seis principios esenciales:

1. Las personas con enfermedades psiquiátricas pueden recuperar, reclamar y transformar sus vidas.
2. El enfoque está en las fortalezas individuales en vez de los déficits.

3. La comunidad es vista como un oasis de recursos.
4. El cliente es el director en el proceso de ayuda.
5. La relación entre el cliente y el gestor de casos es primordial y esencial.
6. El escenario principal del trabajo del gestor de casos es la comunidad.

El primer principio realza la importancia de crear condiciones que habiliten la capacidad innata del individuo de crecimiento y recuperación ya que las personas con discapacidades psicológicas a lo largo de su vida pasan por una serie de obstáculos, opresiones y dificultades. El gestor de casos no debe ser una barrera más en la vida del cliente sino un andamiaje estructurado sobre una relación constructiva que instigue esperanza y enfatice fortalezas (Rapp & Goscha, 2006).

El segundo principio no trata de ignorar las dificultades propias de la enfermedad mental sino de enfatizar los talentos, habilidades, aspiraciones, intereses y motivaciones individuales como medios para superar esas dificultades. La persona tiende a *floreecer* cuando hace lo que le gusta. Por tanto el marco de trabajo del MF atribuye un valor especial a la individualidad de la persona. Bajo este sentido las fortalezas no son conceptos reducidos a una discusión filosófica ó moral, al contrario son la base sobre la cual el mejoramiento personal del cliente es posible. Desafortunadamente es común que el camino hacia vidas plenas y fructíferas se vea afectado debido a la estigmatización y discriminación de las personas con trastorno mental. Lo anterior es parte de las consecuencias resultantes de una historia psiquiátrica basada en la enfermedad y reclusión. Por ende, el MF reconoce que eso existe y a través de su práctica reta esas trabas (Rapp & Goscha, 2006).

El tercer principio establece que al MF se centra tanto en las fortalezas personales como en las fortalezas ambientales. Una vida más allá de los servicios de salud mental sucede a través de la interacción con amigos, familiares, empleo, vivienda

independiente y un sinnúmero de alternativas relevantes en la recuperación del individuo. En ocasiones el medio social del cliente puede ser considerado como hostil o inadecuado. Sin embargo es a la vez el medio natural del individuo y por ende el lugar donde se encuentran las condiciones para la manifestación de su potencial, los programas ejercidos en reclusión no son los mejores modelos de la realidad (Rapp & Goscha, 2006).

El cuarto principio se refiere a la relación entre el cliente y el profesional; toda interacción se da en sociedad. Esto implica que lo que usuario desee para sí mismo actúa como combustible hacia la conclusión de sus sueños, bajo ningún concepto el profesional toma decisiones por el usuario. Se cree en la auto-determinación, habilidades y en el conocimiento que cada cual tiene sobre sí mismo. Bajo ese sentido el gestor no es un *experto* en la vida de cliente pero sí parte de su trayectoria hacia la recuperación (Rapp & Goscha, 2006).

El quinto punto establece que el propósito de la relación entre cliente y profesional es ayudar a la persona a recuperarse y transformar su vida en función de sus metas y desarrollo persona. Por ende, llevar una relación de confianza en la cual el usuario sienta que se ha invertido tiempo e interés en su vida es primordial y requiere tiempo. Sus componentes claves son la empatía, congruencia y aprecio positivo incondicional. La empatía es la habilidad de sensibilizarse ante la experiencia ajena para entender y comunicar con precisión lo que la persona está sintiendo. Congruencia es la capacidad de mantenerse fiel a las creencias y a la manera de ser de sí mismo sin imponerlo sobre el cliente. Mientras que el aprecio positivo incondicional es aceptar a la persona tal cual es, es la habilidad de valorar a la persona ante cualquier ocasión. Por consiguiente es más probable que el cliente progrese al sentirse aceptado, lo que no implica aceptar conductas inadaptadas. Se trata de encontrar un balance entre

empatía y objetividad sobre la base del respeto, calidez, sinceridad, apertura y confianza. Es igualmente fundamental tener un interés genuino en la vida del cliente en función de su beneficio y actuar desde la perspectiva de equidad en la que ambas personas tengan los mismos derechos y por ende sean parte de la misma comunidad. La relación debe instigar esperanza, motivar a la persona a que crea en sí, en la percepción y práctica de sus habilidades, oportunidades y autoconfianza, aún sabiendo que algo puede fallar. En otras palabras ayudar a la persona a atreverse a vivir y retar sus limitaciones como cualquier otra persona (Rapp & Goscha, 2006).

El sexto principio atiende a la necesidad de asistir al usuario a encontrar un empleo, vivienda, explorar una actividad de ocio, conectarse nuevamente con amigos no puede darse en una oficina. Lo anterior además de ser la manera más efectiva de ayudar al cliente es a la vez una forma de apoyar a la persona a relacionarse con diversos entornos simultáneamente (Rapp & Goscha, 2006).

Por último, la gestión de casos del MF es un tipo de intervención enfocado en la recuperación y el bienestar que no se limita a espacios confinados como oficinas, hospitales y otros medios que puedan reducir las oportunidades de crecimiento. Tampoco fomenta el uso de acciones que puedan subestimar al cliente o disminuirlo bajo cualquier circunstancia. Por ejemplo forzar al usuario a hacer lo que el gestor piense que es mejor para él/ella, burlarse de él/ella, tratarlos como niños, asumir el rol de padres y otros (Rapp & Goscha, 2006).

4.6 Dos herramientas fundamentales: La Evaluación de Fortalezas y el Plan de Recuperación Personal

Rapp & Goscha (2006) indican que la Evaluación de Fortalezas (*Strengths Assessment*) y el Plan de Recuperación Personal (*Personal Recovery Plan*) son las

dos herramientas primordiales del Modelo de Fortalezas (MF) diseñadas para ser utilizadas en conjunto y de manera rutinaria. La primera permite la identificación de habilidades y metas mientras que la segunda delimita el alcance de la metas para que puedan ser perseguidas y en lo posible alcanzadas (Rapp & Goscha, 2006).

4.6.1 Evaluación de fortalezas

Rapp & Goscha (2006) explican que la Evaluación de Fortalezas el (en inglés *Strengths Assessment*) es un formato holístico diseñado para ayudar a la persona a reconocer metas importantes y significativas para sí mismo mediante la recolección de información sobre fortalezas individuales y ambientales.

En el contexto del MF las fortalezas se agrupan en: atributos personales, habilidades y talentos, fortalezas ambientales, intereses y aspiraciones que pueden ser rescatadas, exploradas, utilizadas y desarrolladas a fin de propiciar el funcionamiento pleno de individuo en su sociedad.

El uso de esta herramienta no sólo habilita la evaluación del trabajo brindado pero fundamentalmente el seguimiento de los recursos y virtudes de cada quien en su trayectoria hacia su recuperación. Esta información no sólo es útil para el cliente sino también para el profesional pues lo ayuda a seguir el propósito del MF.

Como se ha visto antes en el MF se trabaja desde cuatro tipos de fortalezas: 1. atributos personales entendido como todo aquello que define a la persona y cómo es percibida por los demás; 2. habilidades y talentos que son las competencias que la persona posee; 3. fortalezas ambientales o recursos que sean ajenos a la persona pero que puedan ser útiles para sí misma; 4. intereses y aspiraciones que es aquello que motiva a la persona intrínsecamente a seguir un propósito o actividad.

La Evaluación de Fortalezas está compuesta de una variedad de casilleros ordenados en columnas y filas donde la información se consigue al ritmo del cliente, de preferencia de manera informal, conversacional y cuando posible en el ambiente natural del cliente. Está organizado en tres órdenes temporales (pasado, presente y futuro) y siete dominios divididos de esta manera: hogar/ diario vivir, finanzas/seguro/ posesiones, empleo/educación/conocimientos, redes de apoyo, bienestar/salud, ocio/recreación, espiritualidad y cultura. Lo anterior ayuda a la organización y uso de la información, lo mismo que propicia el uso recurrente de esta herramienta según el plan y situación en cuestión (Rapp y Goscha, 2006). Una Evaluación de Fortalezas efectiva va de la mano de un gestor de casos capaz de utilizar esta herramienta de manera orgánica, creativa y flexible. Por consiguiente debe:

- Ocurrir en un contexto que sea importante y significativo para el cliente pues se trata de encontrar recursos relevantes para que faciliten el éxito de sus metas y superación de obstáculos.
- Instigar esperanza pues quienes sufren de enfermedad mental generalmente enfrentan muchos obstáculos y el Modelo de Fortalezas no debe ser uno más.
- Ser exhaustivo, detallado y específico en el contenido, con énfasis en la individualidad de la persona y su trayectoria hacia la recuperación.
- Utilizar un lenguaje acorde a la perspectiva del cliente y escrito en sus palabras para que la información descrita refleja lo que es relevante para la persona por tanto es esencial explorar lo significativo de cada pedazo de información. Lo anterior añade valor a la calidad de servicio. Por otro lado, dado a que el MF se centra en lo que hay de positivo en la persona como material de su trabajo los aspectos negativos no deben hacer parte de esta evaluación. (Rapp y Goscha,2006).

4.6.2 Planes de recuperación personal

De acuerdo a Rapp & Goscha (2006) el Plan de Recuperación Personal (PRC) es la segunda herramienta primordial del MF. Está compuesto por dos secciones, la primera es la parte donde se escribe la meta personal que en general se deriva de la columna de “deseos y aspiraciones” de la evaluación de fortalezas y la segunda contiene los pasos hacia el alcance de la meta. Por tanto, funciona como una agenda de trabajo entre el profesional y el cliente en un contexto conversacional fundado en el respeto y confianza.

El PRC está siempre dirigido por el cliente pues fue diseñado para promover su recuperación a través del establecimiento y seguimiento de metas claras que sean relevantes para su vida. El cliente es dueño de su trayectoria, el profesional es un tipo de acompañante que colabora cuando es preciso. El ser humano necesita algún propósito en la vida para seguir adelante, Locke y Latham (1990 citado en Rapp & Goscha, 2006) explican que las metas son representaciones cognitivas de un evento futuro que como tal influye en la motivación a través de cinco procesos: 1. Dirige la atención y acción hacia un objetivo; 2. Moviliza el esfuerzo en proporción con la dificultad de la tarea que se desea alcanzar; 3. Promueve persistencia y esfuerzo a lo largo del tiempo; 4. Promueve el desarrollo de planes y estrategias creativas para alcanzarlas; 5. Provee un punto de referencia que brinda información sobre el desempeño de uno.

Por tanto la meta elegida por el cliente no se discute, se acepta. Por consiguiente, debe estar en el lenguaje del cliente y reflejar su verdadera aspiración, siempre y cuando no sea ilegal. Por otro lado, es deseable explorar las motivaciones detrás de la meta con el propósito de enlazar el servicio a los deseos del cliente. Por ejemplo “quiero un carro” podría transformarse en “quiero un carro para poder sacar a

mi hijo de paseo”. La meta debe ser explorada con el usuario para evidenciar las verdaderas motivaciones detrás de los deseos de cada cliente. Por tanto el trabajo brindado es individual para cada usuario. Cada tarea determinada en el PRC debe ser alcanzable para el cliente a fin de que incremente la confianza en sus capacidades y mantenga una disposición positiva en la dirección de acción del plan (Rapp & Goscha, 2006).

Todo lo anterior va de la mano de la capacidad del gestor de casos de trabajar de manera holística en función del bienestar del cliente. Esto incluye la capacidad de brindar retroalimentación positiva que sugiera progreso y resultados, la asistencia en delimitar tareas relevantes hacia la meta con el potencial de ser exitosas y el uso de recursos relevantes para que las habilidades del cliente no sean subestimadas sino más bien aprovechadas (Rapp y Goscha, 2006).

En conclusión, la mayoría de teorías contemporáneas sobre la motivación indican que quienes inician y persisten en conductas que llevan al seguimiento y alcance de metas son quienes tienen convicción que dichas conductas en efecto conllevan a resultados y/o cumplimiento de la meta (Deci & Ryan, 2000). Desde el punto de vista del MF este punto es vital, pues una meta de naturaleza autónoma conlleva a resultados más positivos en la calidad de conductas tomadas hacia el objetivo, salud y bienestar que las metas de naturaleza fundamentalmente extrínseca. En esta dirección se reivindica la importancia de trabajar con la motivación y metas intrínsecas del cliente en el uso de ambas herramientas. En base a todo lo expuesto se cree que el MF impacta positivamente en el bienestar mental de sus usuarios.

METODOLOGIA

Diseño de la investigación.

- La presente investigación tiene un diseño no experimental debido a que se realiza sin la manipulación deliberada de variables.
- Es de naturaleza exploratoria ya que las inferencias provenientes de lo que se estudia en esta investigación están fuera del control del investigador, sin embargo se examina la temática del bienestar mental y el modelo de fortalezas.
- Es cuantitativa por que se analizan datos estadísticos de los puntajes de la escala WEMWBS en dos tiempos.
- Es de tipo panel porque se centra en analizar cambios en los resultados provenientes de las respuestas de las escalas de los mismos individuos.

Objetivos de la Investigación

Generales.

Determinar si evoluciona el bienestar mental según la escala WEMWBS de personas con trastornos mentales graves de un servicio comunitario de salud mental cuyo modelo de práctica es la gestión de casos basada en el Modelo de Fortalezas.

Específicos.

- Determinar el grado de bienestar mental de personas con enfermedad mental al haber estado expuestas a la gestión de casos del modelo de fortalezas.
- Ampliar la base de evidencia para alentar el conocimiento de recursos diseñados para promover o mejorar el bienestar mental.

Hipótesis

El índice de bienestar mental según la escala WEMWBS de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental evoluciona/aumenta conforme se recibe un servicio comunitario de salud mental basado en el Modelo de Fortalezas.

Criterios de exclusión

Se excluye de la investigación a los datos de los usuarios que hayan ingresado antes del 2010 porque aún no se implementaba en Modelo de Fortalezas en el centro de salud mental comunitario en cuestión. Se excluyen también aquellos datos que no consten con por lo menos dos registros de puntaje de la escala WEMWBS.

Limitaciones

- El servicio comunitario de salud mental opera bajo el Modelo de Fortalezas. Todo su personal está capacitado para hacer uso del mismo. Sin embargo, este estudio no pretende determinar la fidelidad al modelo de fortalezas de este servicio. Por lo tanto, se desconocen terceras variables que pudieron haber influido en los puntajes de las escalas y por consiguiente en los resultados de este análisis.
- Este estudio no pretende analizar la causalidad entre el bienestar mental y el modelo de fortalezas sino observar si el índice de bienestar mental evoluciona conforme reciben el servicio. Se trata de observar regularidades, ampliar el conocimiento de la temática de este trabajo y describir cambios.

Preguntas de investigación

1. ¿Incrementa el promedio WEMWBS conforme se recibe la gestión de casos al modelo de fortalezas?

2. ¿Qué tan amplia es la diferencia entre promedios WEMWBS?
3. ¿Hay diferencias significativas entre promedios WEMWBS en hombres y mujeres o diferentes edades?

Breve descripción de la organización

La organización no gubernamental de salud mental comunitaria que facilitó la realización de esta investigación está ubicada Nueva Zelanda. Es un tipo de organización sin fines de lucro auspiciada por el gobierno neozelandés mediante una de sus 21 comisiones de salud. Su servicio está destinado a adultos con un trastorno psiquiátrico descrito en el primer eje del sistema multi-axial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Su misión es desarrollar soluciones sustentables hacia el vivir saludable de sus usuarios. Su visión es apoyar el crecimiento individual de cada cual mediante servicios de alta calidad que superen expectativas. Sus valores se fundamentan en los principios cristianos de compasión, esperanza, respeto, espíritu de servicio y bondad. Bajo ese sentido pretende responder a las necesidades de sus usuarios valorando la individualidad y diversidad de cada cual.

Desde el 2010 hasta la actualidad el modelo de intervención utilizado es la Gestión de Casos del Modelo de Fortalezas inicialmente desarrollado por el profesor Charles Rapp de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Kansas. Se trata de un modelo de atención comunitaria diseñada para facilitar la recuperación psicosocial de las personas que sufren de trastorno mental mediante el uso de su potencial innato individual y los recursos naturales de su entorno.

Uno de los instrumentos utilizados por la organización para medir el bienestar mental de los usuarios de este servicio es la escala de bienestar mental WEMWBS.

Toda interacción está centrada en el cliente y su bienestar de manera holística de tal manera que el cliente llena los formatos de manera informada y voluntaria.

El servicio se ofrece en *horas de apoyo* que varían según la necesidad de cada usuario. Cada intervención tiene el propósito de generar condiciones que habiliten la reincorporación natural del cliente a la vida en su comunidad y de la mejor manera posible. Por ejemplo, mediante la búsqueda de vivienda adecuada, oportunidades de trabajo pagado o voluntario, apoyo emocional, apoyo familiar, actividades recreacionales y fortalecimiento o búsqueda de amistades. Lo anterior es posible mediante el trabajo colaborativo entre el servicio y todo frente relevante para la recuperación del usuario.

Población

En esta investigación se trabajó con datos archivados de los resultados de la escala de bienestar mental WEMWBS de una muestra de 69 usuarios hombres y mujeres adultos de 18 años en adelante, quienes hicieron uso del servicio de salud mental comunitario descrito en la sección anterior. Cada usuario ha sido asignado un diagnóstico de enfermedad mental descrito en el eje I de la clasificación multi-axial del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión revisada (DSM-IV-TR); esto es a la vez el criterio de acceso al servicio.

Instrumentos

La escala Warwick and Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS).

Según Stewart-Brown & Jamohamed (2008) WEMWBS mide el bienestar mental desde dos perspectivas teóricas, la primera incluye estados de felicidad y satisfacción con la vida (perspectiva hedónica) y la segunda el funcionamiento positivo psicológico

entendido como la capacidad de establecer relaciones sociales satisfactorias y el sentido de autorrealización (perspectiva eudaimónica).

Stewart-Brown & Jamohamed (2008) indican que es una escala de tipo Likert con 14 declaraciones compuestas de palabras positivas. Los valores de respuesta se distribuyen en cinco categorías de 1 (nunca) a 5 (siempre) en función del criterio subjetivo de la persona de las últimas dos semanas. La puntuación se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems en una escala de 1 a 5 que varía entre “nunca” a “siempre”. El puntaje mínimo es 14 y el máximo 70; es decir a mayor puntaje mayor bienestar mental. La sumatoria de los ítems produce un único valor que varía entre la puntuación mínima de 14 y la máxima de 70. Las instrucciones de su uso están descritas en la parte superior de su formato. La persona tiene que estar dispuesta a marcar la respuesta que considera para cada ítem post-explicación del uso de la tabla. El ejemplo en la sección de apéndices de este trabajo muestra cómo una persona llenaría y cómo se calificaría la escala WEMWBS.

Según Stewart-Brown & Jamohamed (2008) esta escala es de aplicación individual, a manera de auto-reporte y normalmente con una duración de aproximadamente 5 minutos o menos. Los mismos autores explican que la escala debe tener la fecha y código de identificación y ser almacenada en un lugar seguro. Toda reproducción de la escala WEMWBS debe contar con los derechos de autor como se aprecia en apéndices.

Procedimiento

Acercamiento a la institución.

Se solicitó apertura para trabajar con la información necesaria para esta investigación mediante una entrevista con la directora de la organización de salud

mental comunitaria. En este encuentro se aclararon los objetivos del estudio conforme a lo descrito en este estudio. También se definió que la autora de este trabajo se someterá a los reglamentos establecidos en la política institucional del desarrollo de investigaciones y a las consideraciones éticas de Nueva Zelanda que en resumen indican que la información utilizada en el estudio debe estar en concordancia con las normativas y la legislación de Nueva Zelanda, en particular del Acta de Privacidad de 1993, el Código de Privacidad de 1994 y la Sección 22 de la Ley de Salud de 1956.

Método de Aplicación

Se conoce que el método de aplicación de la escala WEMWBS utilizado por el servicio comunitario se hace mediante el gestor de casos. Según la política de la organización la escala debe ser entregada en las primeras dos semanas luego de haber ingresado al servicio. Para el objeto de este estudio se denominó a esta etapa como “antes”.

Una vez que la escala ha sido completada, el gestor debe almacenarla en un lugar seguro. Las escalas subsiguientes siguen el mismo método de aplicación con la diferencia que el usuario ha estado expuesto a la gestión de casos del modelo de fortalezas por lo menos por dos semanas. Sin embargo, el intervalo entre etapas varía considerablemente. Para la diferenciación entre fases se denominó a esta segunda recolección de datos como “después”. Cabe aclarar que este estudio se vale de los datos archivados de esas evaluaciones, no hay reclutamiento de personas por parte de la autora de esta tesis.

Fases del estudio

Primera fase – Filtración de datos y selección de muestra.

La matriz original de datos en Excel entregada por la organización contaba con los datos de los resultados de las pruebas WEMWBS con sus respectivas fechas de evaluación, edad, género y diagnóstico de 189 usuarios que ingresaron al servicio en el 2010. De esos 189 usuarios apenas 69 contaban con por lo menos dos puntajes de la escala WEMWBS. Por ello se eliminaron de esta investigación a los datos de los 120 usuarios restantes. Cabe reiterar que los resultados de las evaluaciones provienen de los mismos individuos.

Segunda fase - tabulación.

Se elaboró una matriz en Excel con un nuevo código de identificación por conjunto de datos organizados según: edad (agrupada), género, diagnóstico y los días entre evaluaciones WEMWBS.

Tercera fase – análisis de datos.

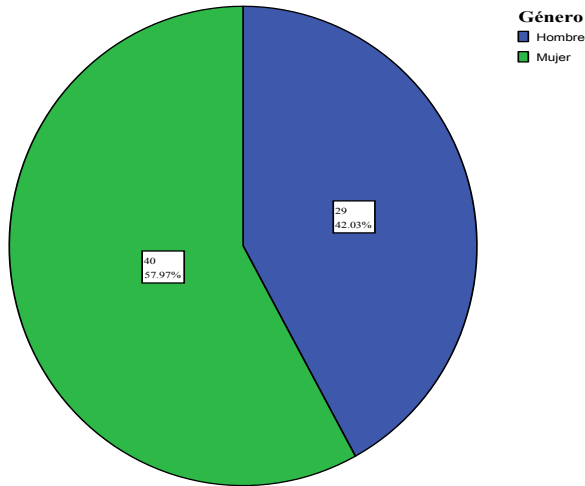
Se calculó la diferencia entre los dos valores de cada par de datos. Luego, se utilizó la media de las diferencias muestrales para saber si la diferencia es positiva o no. En segunda instancia se elaboró la Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para comprobar si hay diferencias entre las distribuciones de dos poblaciones a partir de los datos. Adicionalmente se midió la consistencia interna entre ítems mediante un test de Alfa de Cronbach para reconfirmar la consistencia interna de la escala WEMWBS.

RESULTADOS

Porcentaje de la Población según el Género y Diagnóstico

Figura 1

Gráfico Circular representativo del Género

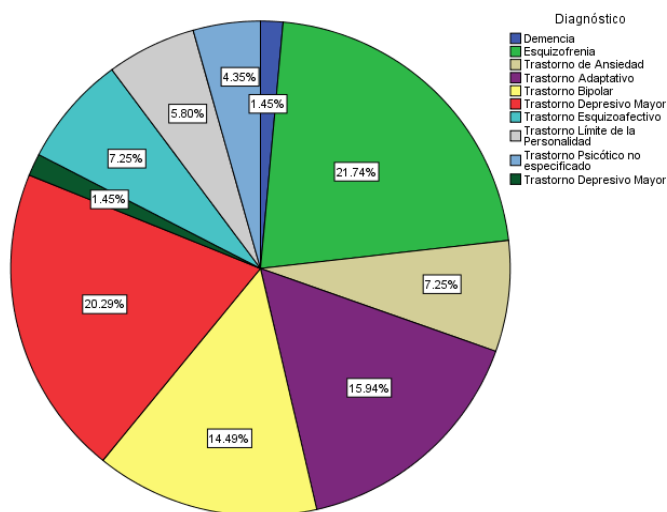


Elaborado por: Sofía D. García.

En la figura 1 se observa el porcentaje de hombres y mujeres evaluados, la mayoría (57.97%) son mujeres.

Figura 2

Gráfico Circular representativo del Diagnóstico



Elaborado por: Sofía D. García.

La figura 2 indica que la mayoría de personas tienen los diagnósticos de esquizofrenia (21.74%), trastorno depresivo mayor (20.29%), trastorno adaptativo (15.94%) y trastorno bipolar (14.49%).

Promedios de las Escalas WEMWBS y Cambio

Tabla 2

Promedios de los Puntajes WEMWBS (antes y después) y del Cambio

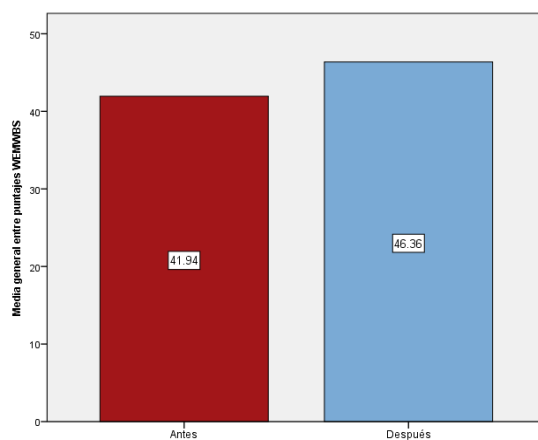
Estadísticos		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntajes (antes)	WEMWBS	69	23.00	70.00	41.94	9.74
Puntajes (después)	WEMWBS	69	27.00	68.00	46.36	8.95
Cambio (después – antes)		69			4.42	

Elaborado por: Sofia D. García.

Esta tabla ofrece algunos estadísticos descriptivos de las escalas WEMWBS (antes y después) y el cambio: el número de casos válidos de las variables ($N=69$), el valor más pequeño, el más grande, la media y la desviación estándar.

Figura 3

Medias de los Puntajes WEMWBS (antes y después)



Elaborado por: Sofia D. García.

En la figura 3 se aprecia una evolución de 4.42 puntos en el bienestar mental según la media de los puntajes WEMWBS (antes y después).

Tiempo entre Evaluaciones

Tabla 3

Días entre Evaluaciones

	N	Mínimo	Máximo	Media
Diferencia entre días	69	49	649	253.97

Fuente: Puntuaciones de las escalas WEMWBS. Elaborado por: Sofía D. García.

Esta tabla indica que el mínimo (49), el máximo (649) y la media (253.97) del tiempo en días entre evaluaciones.

Tabla 4

Test de Correlación de Pearson

		Puntajes WEMWBS (antes)	Puntajes WEMWBS (después)
Puntajes WEMWBS (antes)	Correlación de Pearson	1	.669**
	Sig. (2-colas)		.000
	N	69	69
Puntajes WEMWBS (después)	Correlación de Pearson	.669**	1
	Sig. (2-colas)	.000	
	N	69	69

** . p = 0.01 (2 colas).

Elaborado por: Sofía D. García.

Esta tabla indica que el nivel de correlación entre puntajes es significativo ($r = .669$, $p = .000$). Esto significa que hay una relación moderadamente alta entre las variables analizadas.

Tabla 5

Consistencia Interna - Coeficiente Alfa Cronbach

Coeficiente Alfa Cronbach	N de ítems
.910	14

Fuente: Puntuaciones de las escalas WEMWBS. Elaborado por: Sofía D. García.

Los valores del Coeficiente Alfa de Cronbach varían entre 0-1. Esta tabla indica que el coeficiente de consistencia interna entre los 14 ítems de la escala WEMWBS es alto ($\alpha=.91$).

Tabla 6

Comparación de las Medias del Cambio según Género, Diagnóstico Y Edad

Género		Antes	Después	Cambio
Hombre	Media	41.10	45.21	4.10
	N	29	29	29
Mujer	Media	42.55	47.20	4.65
	N	40	40	40
Total	Media	41.94	46.36	4.42
	N	69	69	69

Elaborado por: Sofía D. García.

Esta tabla indica que en los valores de la escalas WEMWBS (antes y después) las mujeres presentan mayor bienestar mental. La media del cambio para los hombres indica un aumento en el bienestar mental de 4.10 puntos y para las mujeres 4.65 puntos.

Tabla 7

Comparación de Medias del Bienestar Mental en relación a la Edad

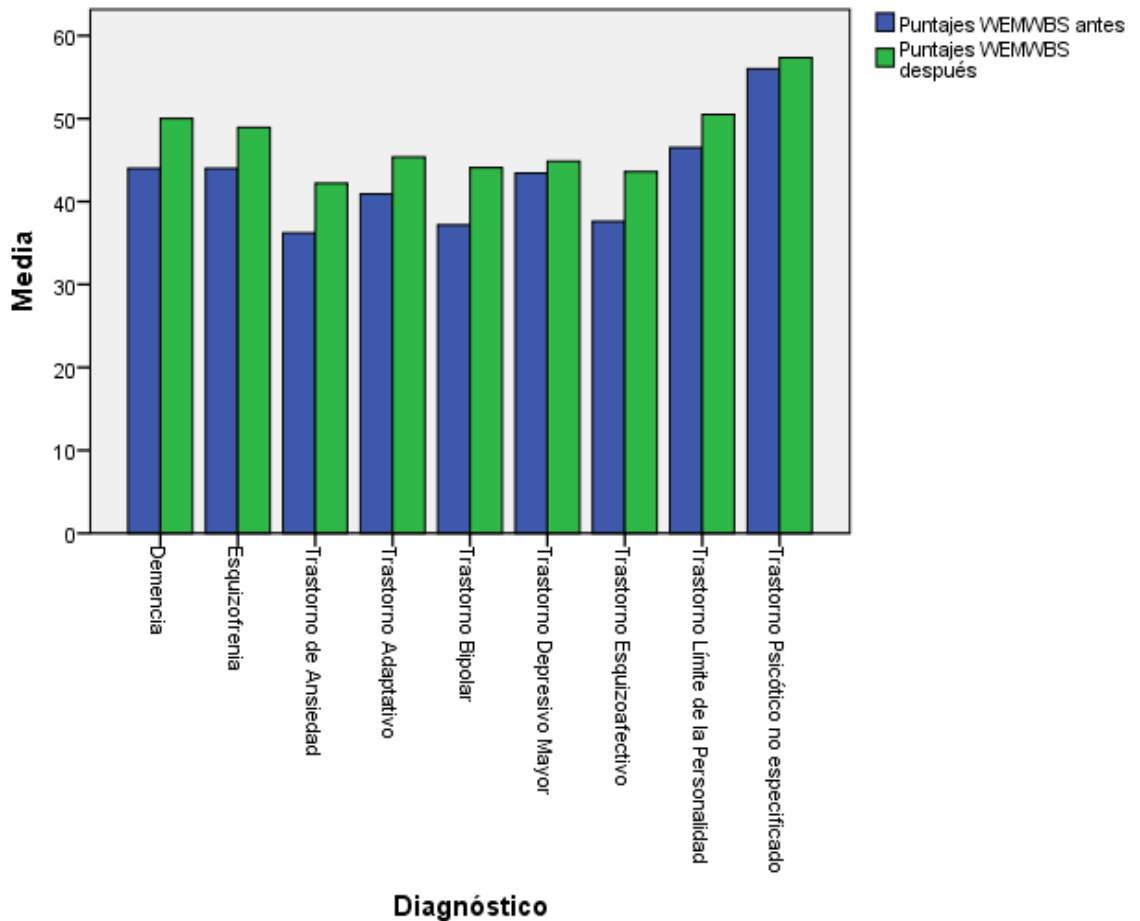
Edad		Antes	Después	Cambio
16-24	Media	55.40	51.00	-4.40
	N	5	5	5
25-39	Media	39.62	45.19	5.57
	N	21	21	21
40-54	Media	40.92	47.25	6.33
	N	12	12	12
55-64	Media	39.43	40.14	.71
	N	7	7	7
65+	Media	42.42	47.79	5.38
	N	24	24	24
Total	Media	41.94	46.36	4.42
	N	69	69	69

Elaborado por: Sofía D. García.

La media del cambio para el grupo 16-24 es un valor negativo (-4.40) lo que indica un declive del bienestar mental. Las medias para los grupos restantes (25-39, 40-54, 55-64, 65+) presentan cambios positivos. La menor media de cambio positivo (0.71) cae bajo el grupo de 55-64 años de edad mientras que la mayor media de cambio positivo (6.33) cae bajo el grupo 40-54.

Figura 4

Comparación de Puntajes WEMWBS según Diagnóstico



Elaborado por: Sofía D. García.

Se observa en la figura 4 que la tendencia general por diagnóstico es una elevación en el índice de bienestar.

Prueba de Wilcoxon para pares igualados

Planteamiento de la hipótesis para esta prueba:

Hipótesis alterna (Ha): El índice de bienestar mental según la escala WEMWBS de las personas con un diagnóstico psiquiátrico evoluciona al estar expuestas al contexto del Modelo de Fortalezas.

Hipótesis nula (Ho) - No habrá diferencia en el índice de bienestar mental según la escala WEMWBS de personas con un diagnóstico psiquiátrico al estar expuestas al contexto del Modelo de Fortalezas.

Nivel de significación.

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05, se acepta H_a y se rechaza H_o .

Zona de rechazo.

Para todo valor de probabilidad mayor que 0.05, se acepta H_o y se rechaza H_a .

Tabla 8

Prueba de Wilcoxon para Pares Igualados

	N	Media	Desviación estándar	Mín.	Máx.	Percentiles		
						25	50	75
Puntajes WEMWBS (después)	69	46.36	8.95	27.00	68.00	39.50	48.00	52.50
Puntajes WEMWBS (antes)	69	41.94	9.74	23.00	70.00	36.00	41.00	46.00

Elaborado por: Sofía D. García.

Esta tabla ofrece algunos estadísticos descriptivos para las dos variables seleccionadas: en número de casos válidos en ambas variables, la media, la desviación estándar, el valor más pequeño (23 y 27), el más grande (68 y 70), y los cuartiles.

Tabla 9

Rangos

		N
Puntajes WEMWBS (antes) – Puntajes WEMWBS (después)	Rangos negativos	50 ^a
	Rangos positivos	15 ^b
	Empates	4 ^c
	Total	69

a. Puntajes_WEMWBS_antes < Puntajes_WEMWBS_después

b. Puntajes_WEMWBS_antes > Puntajes_WEMWBS_después

c. Puntajes_WEMWBS_antes = Puntajes_WEMWBS_después

Esta tabla ofrece el número, media y suma de los rangos negativos y de los rangos positivos. Las notas al pie de la tabla permiten conocer el significado de los rangos positivos y negativos. También ofrece el número de empates (casos que no son incluidos en el análisis) y el número total de sujetos.

Tabla 10

Estadísticos de la Prueba de Wilcoxon

	Puntajes WEMWBS (antes) – Puntajes WEMWBS (después)
Z	-4.14
Sig. Asintót. (bilateral)	.000

Fuente: Puntuaciones de las escalas WEMWBS. Elaborado por: Sofía D. García.

Esta tabla muestra el estadístico de Wilcoxon (z) y su nivel crítico bilateral (Sig. Asintót. bilateral). Puesto que el valor del nivel crítico ($p = .000$) es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula y se conserva la hipótesis alternativa. Se concluye que el índice de bienestar mental según la escala WEMWBS evoluciona.

DISCUSIÓN

Las personas con trastornos mentales graves representan uno de los sectores más vulnerables de cualquier sociedad y por tanto son quienes más necesitan intervenciones efectivas y holísticas que promuevan el bienestar mental mediante el uso de las habilidades y recursos de cada cual. Bajo ese sentido la escala WEMWBS y el Modelo de Fortalezas son alternativas actuales en armonía con el concepto de salud de la OMS (2006) que por un lado indica que la salud es un estado más allá de la ausencia de enfermedad mental y por otro que la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

Conforme a lo expuesto se comprobó que el índice de bienestar mental según la escala WEMWBS de 69 usuarios de un servicio de salud mental comunitario evoluciona por 4.14 puntos conforme recibe la gestión de casos del Modelo de Fortalezas. Este aumento es estadísticamente significativo según lo explicado por Putz et al. (2012) en referencia a hallazgos investigativos anteriores (véase capítulo III). Por consiguiente, se puede estipular que la evaluación cognitiva de estas personas respecto a sus experiencias anímicas y emocionales mejoraron. Además que su percepción sobre el funcionamiento psicológico, la auto-realización y las buenas relaciones con otros seres humanos incrementaron ya que según se ha visto, estas son las perspectivas hedónicas y eudaimónicas del bienestar mental sobre los cuales se fundamenta la escala WEMWBS. Un aumento en el bienestar eudaimónico sugiere mayor nivel de auto-aceptación, mejores relaciones con las personas, un sentido de autonomía, desarrollo personal tal como lo indica Ryff (1995) en su teoría multidimensional del bienestar psicológico y mayor satisfacción de las necesidades psicológicas de autonomía, competencia y vínculo según la teoría de autodeterminación de Ryan y Deci (2004).

Por otro lado se puede presumir que la gestión de casos del Modelo de Fortalezas impacta positivamente en el índice de bienestar mental de las mismas personas conforme reciben el servicio. Se asume que la gestión de casos del modelo de fortalezas incluye actividades resultantes dirigidas a fomentar la calidad de vida del individuo en conexión con su sentido de desarrollo personal, auto-realización y bienestar.

Bajo este sentido, Fukui et al. (2012) demostraron que la fidelidad al modelo de fortalezas guarda una asociación positiva mayores índices de empleo, educación y vivienda independiente así como menor número de hospitalizaciones psiquiátricas de personas con enfermedades mentales. Dichos hallazgos son especialmente relevantes en el sentido que resultan en mayor funcionamiento y menores recaídas. Por ende, el contexto del modelo de fortalezas parece impactar positivamente en la forma que el usuario se recupera de su enfermedad mental.

Con base en lo anterior los promedios del bienestar mental de este estudio (41.94-46.36) aumenta al recibir el servicio. En general estos datos si son comparados los encontrados en otras investigaciones son inferiores a los de otras muestras poblaciones sin un diagnóstico de enfermedad mental. Por ejemplo, Lindsay et al. (2009) en su análisis sobre el impacto de un programa sobre la crianza de los hijos para padres el promedio es 43,5 al inicio y 50,6 en su seguimiento. Asimismo, es inferior al nivel de bienestar mental provisional de población en Escocia (50,7) y al de adolescentes del Reino Unido (48.8). Esta diferencia tiene sentido porque los datos de este estudio provienen de personas con un diagnóstico de enfermedad mental, por tanto su salud mental está afectada por los obstáculos naturales de su diagnóstico. Sin embargo, Waterman (1990,1993) indica que el bienestar es posible mediante la

realización de actividades que sean congruentes con los valores arraigados de cada cual y esto parece reflejarse en el aumento discutido.

Una limitación importante de este análisis son resultados analizados ($N = 69$) por no ser representativos de la población con un diagnóstico de enfermedad mental de Nueva Zelanda. Sin embargo, esto no resta importancia al hallazgo más crucial de este estudio, una evolución en el bienestar mental a partir de un servicio cuyo modelo de intervención es la gestión de casos basada en el Modelo de Fortalezas. Aunque esta relación no indica causalidad como se mencionó anteriormente, este estudio brinda un punto de partida para investigaciones posteriores que busquen definir, con mayor rigor metodológico, si el Modelo de Fortalezas lleva a mayor bienestar mental de las personas con un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.

Por otro lado, el excesivo intervalo de tiempo (49 – 649) días entre ambas evaluaciones pudo haber comprometido la validez interna de los resultados. Son múltiples y desconocidos los factores externos que pudieron haber influido en los resultados de las escalas.

Por otro lado, se encontró que el promedio de evolución del bienestar mental en mujeres es mayor que el de los hombres por .55 puntos, una diferencia no significativa. Otros estudios como los realizados por Stewart-Brown et al. (2006, 2008), Lindsay et al. (2009) y López (2012) tampoco encontraron diferencias significativas entre géneros, consecuentemente no se podemos hacer aseveraciones relevantes ante estos valores. De cualquier manera sería interesante llevar a cabo un estudio experimental en el que sea posible hacer aseveraciones relevantes sobre posibles diferencias en el bienestar mental del tipo de población de este estudio en grupos control divididos por género y o edad.

Mediante el análisis de resultados se encontró que WEMWBS contiene alta consistencia interna ($\alpha = .91$), esto reconfirma que, en efecto, la escala mide lo que está diseñada para medir; el bienestar mental. Estos hallazgos son consistentes con los de Stewart-Brown & Jamohamed (2008), Clarke et al. (2011) y López et al. (2012). Desde las perspectivas teóricas actuales sobre el bienestar mental se puede concluir que WEMWBS es un instrumento importante por su capacidad de medir los aspectos hedónicos y eudaimónicos del bienestar mental debido a que su elaboración ancla sus raíces en estos conceptos.

CONCLUSIONES

- La naturaleza exploratoria de este estudio implica la carencia de estándares metodológicos rigurosos, principalmente en lo que refiere a métodos de recolección y análisis de datos. Por tanto una de las áreas para exploración futura podría ser determinar qué método o métodos investigativo(s) podrían encajar mejor con el problema de investigación.
- El bienestar mental según la escala WEMWBS de personas con trastornos mentales graves de un servicio de salud mental cuyo modelo de práctica es la gestión de casos del modelo de fortalezas incrementa después de recibir el servicio como se observa en los resultados de este documento. Sin embargo, esta relación no implica causalidad.
- El grado de bienestar mental expresado en un índice de promedio general oscila entre los puntajes 41.94 y 46.34 de la escala WEMWBS en la que el valor mínimo es 14 y el valor máximo 70. La diferencia general entre promedios de bienestar mental es de 4.42 puntos, esto indica mayor bienestar luego de recibir el servicio. Sin embargo la escala WEMWBS no es un instrumento de *screening* o diagnóstico sino un reflejo de la forma como la persona percibe su bienestar mental desde los principios hedónicos y eudaimónicos explicados en el capítulo dos.
- No se encuentran diferencias significativas entre promedios de bienestar mental según género y edades aunque se observan que las mujeres presentan mayor bienestar mental antes y después de recibir el servicio como también mayor cambio positivo en el grupo de edad entre 40-54 años de edad en comparación al resto de grupos. A pesar que el grupo de edad entre 16-24 presenta un declive en el bienestar mental (-4.40) el número de personas es muy pequeño para hacer predicciones relevantes sobre este hallazgo.

- Este estudio revela que la escala WEMWBS presenta alta consistencia interna ($\alpha = 0.91$) entre ítems de ambas evaluaciones lo que permite deducir que el nivel de confiabilidad para medir el bienestar mental en efecto está midiendo lo que predica.
- Los hallazgos de este análisis contribuyen a la base de evidencia sobre el uso de recursos diseñados para promover o mejorar el bienestar mental donde las fortalezas del individuo son elementos esenciales para el diseño de programas destinados a promover la salud mental. Se trata de definir índices de bienestar mental y enanzar el potencial individual de cada cual en armonía con su medio natural como principio fundamental para el éxito de cualquier intervención cuyo fin sea el de evitar el trastorno mental y promover la salud mental.

RECOMENDACIONES

- Para medir el impacto de la gestión de casos del Modelo de Fortalezas en el bienestar mental también se debe también medir la fidelidad del mismo según los parámetros establecidos por Rapp y Goscha (2006).
- Para hacer comparaciones relevantes sobre el bienestar mental de poblaciones específicas se debe obtener un índice de bienestar mental a nivel de población. Por tanto sería deseable adicionar un instrumento de medición como la escala WEMWBS a nivel nacional.
- Para establecer causalidad sería recomendable establecer parámetros de medición del Modelo de Fortalezas y puntajes WEMWBS mediante estudios experimentales en los cuales se tenga el control sobre las variables.
- Tanto la escala WEMWBS como el Modelo de Fortalezas podrían ser consideradas como alternativas a intervenciones que sigan el modelo psiquiátrico tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Londres: Jossey-Bass Publishers.
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2007. Constitución de la República del Ecuador. Recuperado de <http://www.asambleanacional.gov.ec/>
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic Need Satisfaction: A Motivational Basis of Performance and Well-Being in Two Work Settings¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb02690.x
- Bozarth, J. D., & Brodley, B. T. (1991). *Actualization: A functional concept in client-centered therapy*. En A. Jones & R. Crandall (Eds.), *Handbook of self-actualization* (pp. 45–59). New York: Journal of Social Behavior and Personality, 6.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Finding Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: Harrer and Row.
- 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
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi: 10.1037/h0099565
- Fukui, S., Goscha, R., Rapp, C. A., Mabry, A., Liddy, P., & Marty, D. (2012). Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatric Services*, 63(7), 708-710.

Geoff L., Hilton D., Sue B., Mairi C., Stephen C., Steve S., Chris H., Ray E. & Sarah Stewart-Brown. Parenting Early Intervention Pathfinder Evaluation (2009).

University of Warwick Kings College, London. *Ministry of Education*.

Recuperado de <https://www.education.gov.uk/publications/>

Halgin, R., Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: Mc Graw Hill.

Jayawickreme, E., Forgeard, M. J., & Seligman, M. E. (2012). The engine of well-being. *Review of General Psychology*, 16(4), 327. doi:10.1037/a0027990

Kammann, R. (1983). Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. *Australian Journal Of Psychology*, 35(2), 259-265.

doi:10.1080/00049538308255070

Kisthardt, W.. (1993) The impact of the strengths model of case management from the consumer perspective. In Harris, M.;Bergman, H. (Ed.), *Case management: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., & Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research*, 22(5), 1099-1104. doi:10.1007/s11136-012-0238-z

Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. doi: 10.1186/1477-7525-10-156.

Mental Health Commission. (2012). Blueprint II: How things need to be. *Wellington, New Zealand*.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, MAIS-FCI*. Recuperado de:
<http://construyamosalud.grupofaro.org/>

Ministry of Health, 2005. *Te Tāhuhu – Improving Mental Health 2005–2015: The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan*. Wellington: Ministry of Health.

National Health Scotland (2006). *Measuring Positive Mental Health: Developing a New Scale*. Recuperado de <http://www.healthscotland.com>

Norton, D. L. (1976). *Personal destinies: A philosophy of ethical individualism* (Vol. 404). Princeton University Press.

Myers, F., McCollam, A., & Woodhouse, A. (2005). *National programme for improving Mental health and well-being: Addressing mental health inequalities in Scotland: Equal minds: Working paper Summary*. Scottish Executive.
Recuperado de <http://www.scotland.gov.uk/Publications/>

Oliver, M. (1989). *Bridging the Gap: Case Management and Advocacy for People with Physical Handicaps*. London, King's Fund Publishing Office, pp. 19,105 y 110.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Documentos básicos*. 43a edición, Ginebra, Organización Mundial de la Salud: 1.

OMS (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la Salud Mental*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (Hoja informativa No 220).

OMS (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Informe compendio. Ginebra: OMS.

- OMS (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006.
- OMS (2008). *MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental*. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de Sustancias, OMS.
- OMS (2012). Primer borrador del Plan de Acción Mundial en Salud Mental 2013-2020: versión del 27 de agosto del 2012.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, D.C.: APA Press
- Putz, R., O'Hara, K., Taggart, F., & Stewart-Brown, S. (2012). Using WEMWBS to measure the impact of your work on mental wellbeing: A practice-based user guide. Recuperado de <http://www.champspublichealth.com/>
- Rapp, C., & Goscha, R. (2006). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. New York, Oxford University Press, 2011
- 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(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will?. *Journal of Personality*, 74(6), 1557-1586. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x
- Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139- 170. doi:10.1007/s10902-006-9023-4

- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Salanova, M., (2008). Organizaciones saludables: Una aproximación desde la Psicología Positiva. En Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp 403-427). Bilbao: Desclée de Brower.
- Sánchez, A. S. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (42), 7-17.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1):5-14.doi:10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- SENPLADES. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: *Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural* Versión Resumida. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Quito, 2009.
- Speight, J., McMillan, C., Barrington, M., & Victor, C. (2012). Mental health improvement: evidence and practice. Guide 5, Selecting scales to assess mental wellbeing in adults.

- Stewart-Brown, S., & Jamohamed, K. (2008). Warwick-Edinburg mental well-being Scale: User guide, version 1. *Glasgow: NHS Health, Scotland*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, en: <http://www.cppconsortium.nhs.uk/>
- Stewart-Brown, S. , Ashdown, J., Blake, A., Clarke, A., Friede, T., Martin, A., Putz, R., (2011). *Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment*. *BMC Public Health*, 11, 487-495. doi:10.1186/1471-2458-11-487
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63. doi:10.1186/1471-2458-11-487
- The Scottish Government 2009. Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011.
- Turner, J. C., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 319-349.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678. doi: 10.1037/0022-3514.64.4.678
- Waterman, A. S. (1984). *The psychology of individualism*. New York: Praeger.