

SALUD MENTAL POSITIVA EN EL TRABAJO



AUTORES

**MANUEL PANDO MORENO
CAROLINA ARANDA BELTRÁN
JULIO CÉSAR VÁZQUEZ COLUNGA**

SALUD MENTAL POSITIVA

EN EL TRABAJO

SALUD MENTAL POSITIVA EN EL TRABAJO

PIENSO en Latinoamérica, A.C.

Programa de Investigación en Salud Ocupacional

AUTORES

Dr. Manuel Pando Moreno

Dra. Carolina Aranda Beltrán

Mtro. Julio Cesar Vázquez Colunga

PRIMERA EDICIÓN: 2016

La presentación y disposición en conjunto de:
SALUD MENTAL POSITIVA EN EL TRABAJO
Es propiedad del autor

Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre y cuando no sea alterada, citen los créditos correspondientes y se realice sin fines de lucro.



ISBN 978-607-00-9650-1

9 786070 096501

Impreso en México/ Printed in Mexico

Diseño de portada: Dra. Carolina Aranda Beltrán

Derechos reservados conforme a la ley:

© Dr. Manuel Pando Moreno
Dra. Carolina Aranda Beltrán
Mtro. Julio Cesar Vázquez Colunga

Revisión de formato
Psic. Fátima Daniela Mares Hernández
Psic. Tania Fernanda Elizalde Núñez

Sobre los autores

MANUEL PANDO Moreno

Doctor en Ciencias por la Universidad de Rovira i Virgili (España). Fundador de la Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo en la Universidad de Guadalajara, México. Miembro de la Junta Académica del Doctorado en Salud en el Trabajo. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II, con Perfil Deseable. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado “Salud Mental en Grupos Poblacionales”. Presidente del Programa de Investigación en Salud Ocupacional (PIENSO en Latinoamérica), Presidente de la junta directiva del Instituto Iberoamericano de Investigación en Salud Ocupacional, Ambiente y Sociedad (INSOAS).

Email: manolop777@yahoo.com.mx

CAROLINA ARANDA Beltrán

Doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara (UDG). Investigadora y Docente del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la UDG. Docente de Licenciatura, Maestría y Doctorado. Presidenta de la Academia Salud en el Trabajo. Miembro de la Junta Académica del Doctorado en Salud en el Trabajo. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II, con Perfil Deseable. Miembro del Cuerpo

Académico Consolidado “Salud Mental en Grupos Poblacionales”.
Miembro del Programa de Investigación en Salud Ocupacional
(PIENSO en Latinoamérica), Miembro del Instituto Iberoamericano de
Investigación en Salud Ocupacional, Ambiente y Sociedad (INSOAS).

Email: caranda2000@yahoo.com.mx

VÁZQUEZ COLUNGA Julio César

Estudiante del Doctorado Interinstitucional en Psicología,
adscrito a la universidad de Guadalajara. Profesor de
asignatura en la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo
en la Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de
Ciencias de la Salud. Miembro del Sistema Mexicano de
Investigación en Psicología y de la Red de investigadores para
el desarrollo humano sustentable.

E-mail: saludpositivaeneltrabajo@gmail.com

PRÓLOGO

Walter Varillas

La salud en sí misma es un atributo positivo de los seres vivos, en general, y de los seres humanos en particular. Sin embargo, las disciplinas tradicionales sobre Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, lo han abordado desde una perspectiva y con una connotación negativa, expresada en categorías y definiciones como actores de riesgo, peligros, riesgos, accidentes y enfermedades laborales.

El grupo de investigadores, liderado por el doctor Manuel Pando, retomando los aportes de la corriente de Psicología Positiva y de otros referentes, nos vuelve la mirada a una perspectiva positiva de la salud de los trabajadores, con conceptos como el de Eugenesia Laboral, Work Engagement, Redes Sociales de Apoyo, Empoderamiento, entre otros, que enriquecen categorías y conceptos para abordar la salud en el trabajo.

Los viejos cronistas españoles nos narran cómo en las culturas andinas el trabajo se realizaba en ambientes colectivos festivos, que entran en contradicción con la imagen predominantemente negativa del trabajo, que el magistral Charles Chaplin expresa en *Tiempos Modernos*. Pero Charlot no hace sino traducir en lenguaje cinematográfico lo que Marx develaba: que el trabajo asalariado enajena y aliena, mediante la extracción de la plusvalía que es la parte no pagada al trabajador por su trabajo, ya

que el capitalista sólo le paga por su fuerza de trabajo. Más recientemente Christophe Dejours ha fundamentado que el trabajo causa sufrimiento, y que esto fue y es invisibilizado dejando el campo libre a perspectivas organizacionales empresariales¹.

Cabría preguntarse ¿es posible el trabajo positivo en el marco del capitalismo? Así mismo, cabe preguntarse ¿es necesario que se modifique todo el sistema capitalista para que recién el trabajo sea fuente de felicidad? O al menos ¿de momentos de felicidad?

Las lecturas que presentan los autores de este libro nos permite otear que ni lo uno ni lo otro, sino todo lo contrario. Aportan en términos conceptuales, metodológicos e incluso en técnicas de cómo promover la salud mental positiva en el trabajo, así mismo exploran un caso concreto de trabajo docente público, en el que habría que preguntarse qué tipo de plusvalía se realiza.

Las tendencias globales de crisis laboral europea, la desaceleración económica y su impacto en el empleo en los países de Latinoamérica, los cambios en el mundo del trabajo, son dimensiones estructurales que habría que explorar para dimensionar las posibilidades y limitaciones de promover la salud mental positiva en el trabajo. La perspectiva de la medicina social² y de las

¹ Ver:

<http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=45&pag=12&titulo=Christophe-Dejours-No-hay-trabajo-neutral-para-nuestra-salud-mental>

² LAURELL, Asa Cristina (1993). La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En: LAURELL, A,C. Coordinadora (1993). Para la Investigación de la Salud de los Trabajadores. OPS. Págs. 13-36.

determinantes sociales de la salud³, sea con el enfoque general, particular y singular, en el primer caso, o el de las determinantes inmediatas, intermedias y estructurales, permiten articular las diferentes dimensiones del proceso salud enfermedad.

Pero también nuevas perspectivas epistemológicas como en la epistemología de la complejidad de Edgar Morín⁴, por cierto evitando el relativismo filosófico, permiten herramientas para superar perspectivas dicotómicas en salud de los trabajadores.

En este punto recordemos el concepto de comunidad epistémica introducido por Peter Haas en 1992⁵, entendido como una red de profesionales con reconocida experticia y competencias en un dominio determinado del conocimiento humano, basado en valores compartidos, pero que en sus enfoques, perspectivas o discursos pueden sobre ponderar determinados aspectos y opacar otros, llevando a cuevas “puntos ciegos”, componentes o aspectos de la realidad que no logran observar.

Desde otra perspectiva, autores como Enrique Guerra, buscando complementariedades entre las teorías sociológicas de

BERMAN, Silvia (1993). El estudio de la salud mental en relación con el trabajo. En: LAURELL, A.C. Coordinadora (1993). Para la Investigación de la Salud de los Trabajadores. OPS. Págs. 189-234.

³BENACH, Joan, MUNTANER, Carles, y otros (2010). Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Icaria Editorial.

⁴ MORIN, Edgar (2004). La epistemología de la complejidad.

⁵ Haas, P. M. (1992). Epistemic communities Introduction : policy coordination and international, 46(1), 1–35.

Pierre Bourdieu y Norbert Elias sobre los conceptos de campo social y habitus, se propone remontar posiciones dicotómicas y sustancialistas presentes en las ciencias sociales. Para ello plantea la reflexión relacional sobre diferentes concepciones y posturas analíticas, que permitiría superar las “categorías residuales” de uno y otro lado. Sostiene que las teorías son como faros de luz envueltos en la oscuridad, “como ha observado Parsons, el nombre lógico para la oscuridad es, en general, el de categorías residuales. Su papel puede deducirse de la necesidad inherente a un sistema de hacerse lógicamente cerrado”. Aquellas zonas de la realidad de las que no dan cuenta las teorías —o lo hacen de modo insuficiente— constituyen las categorías residuales. Pertenecen a las zonas de oscuridad no iluminadas o escasamente iluminadas”⁶.

Este trabajo colectivo, nos arroja luces sobre un campo opacado por las perspectivas de Salud Mental negativa. Pero también sobre un campo hegemonizado por perspectivas empresariales organizacionales, que se proponen, de manera limitada, a generar condiciones para una mayor “productividad” y “competitividad”, es decir ganancia, y no se enfocan en la aspiración de concretar la utopía de la felicidad humana en la dimensión reproductiva y productiva, en su armoniosa relación con la Naturaleza, en el *Buen Vivir* en el trabajo.

⁶ Guerra, E. (2010). Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias : los conceptos de campo social y habitus, *XXVIII*, 383–409. En: <http://www.redalyc.org/pdf/598/59820673003.pdf>

ÍNDICE

I.	Psicología de la Salud Ocupacional Positiva.....	12
	<i>Carolina Aranda Beltrán</i>	
	<i>Antonio de Jesús Ibarra Martínez</i>	
II.	Las fortalezas de la Psicología Positiva para la Salud Mental en el trabajo.....	83
	<i>Manuel Pando Moreno</i>	
III.	Evaluación de la Salud Mental Positiva.....	118
	<i>Julio Cesar Vázquez Colunga</i>	
IV.	Salud Mental Positiva Ocupacional y Activos Psicosociales en el trabajo docente.....	214
	<i>Cecilia Colunga Rodríguez</i>	
	<i>Mario Ángel González</i>	
	<i>Julio César Vázquez Colunga</i>	
	<i>Mercedes Gabriela Orozco Solís</i>	
	<i>Luis Edmundo Sarabia López</i>	

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL POSITIVA

Carolina Aranda Beltrán
Antonio de Jesús Ibarra Martínez

El ser humano “*hombre animal racional*” es considerado un ser dependiente de ciertas necesidades orgánicas y espirituales, producto de la cultura donde crece, se desarrolla y muere, no sin antes adaptarse culturalmente y genéticamente a ella para sobrevivir.

La naturaleza del ser humano es activa y complicada; tan compleja es, que el ser humano debe ser visto desde la perspectiva biológica, social y psicológica; tres talentos imprescindibles que deben ser tomados en cuenta con seriedad.

Se dice que el ser humano está conformado por -soma, psique, pneuma--cuerpo, alma y espíritu-.

Desde el punto de vista de la socio-biología, el cuerpo es una estructura sobre la cual se integran el ego y las relaciones sociales; desde el constructivismo el cuerpo es un elemento de la cultura y no una cosa biológica. Etimológicamente el alma es la esencia interna de los seres vivos y el espíritu es lo que posee un alma y un cuerpo.

Retomando estos tres aspectos que forman parte del ser humano, desde la perspectiva biológica el hombre está constituido por un conjunto de órganos y sistemas que componen el cuerpo humano; desde lo social, el hombre vive en grupos, organizados o no, llamados sociedades humanas, aspectos elementales de la sociedad en la que el sujeto vive y convive; y, desde lo psicológico, el hombre es la actuación del subconsciente bajo los estados del yo, súper yo y el ello, todos ellos aspectos fundamentales dentro de la sobrevivencia del ser humano, entonces el ser humano pertenece a una cultura, a una sociedad, en donde la psicología social hace su parte,

estudiando las relaciones de los seres humanos y su influencia con otros individuos.

Dicho lo anterior y en relevancia a lo que concierne a este capítulo, nos permitiremos desarrollar aspectos importantes sobre la “Salud” y su relación con la “Salud Mental”, así como con la “Salud Mental Positiva”, para culminar con la importancia que tiene esta última con la “Psicología Positiva”, la “Psicología Organizacional Positiva” y la “Psicología de la Salud Ocupacional Positiva”.

Salud

Epistemológicamente el concepto sobre “Salud” ha sufrido modificaciones según el tiempo del que se hable. Pasando por Descartes y su conceptualización “mecanicista”; por Kant y su concepto “ajeno al campo del saber objetivo”; por Canghulhem y su visión de concepto vulgar de “placer” como algo subjetivo; el de Dejours como la “posibilidad de caer enfermo y de recuperarse”; el de Kawamoto como el “relativo

equilibrio de forma y función del organismo”, o nuevamente Georges Canguilhem, en el año de 1943, que se centra en la “oposición normal-patológico” y en la historia de las “ciencias bio-médicas”.

Es el mismo Canguilhem, en 1990, posterior al concepto surgido por la Organización Mundial de la Salud en 1946, quien intenta epistemológicamente explicar si el concepto sobre “Salud” se debe “a una concepción científica, vulgar o una cuestión filosófica” (Canguilhem, 2000).

La salud, para algunas personas, implica negar la enfermedad, sin embargo la enfermedad dice Canguilhem, es una “característica esencial” de la fisiología humana, es “el sentimiento de tener la capacidad de superar las capacidades iniciales”, es poder “mandar al cuerpo a hacer aquello que en principio parecía imposible”.

Es desde estas perspectivas que la salud es un aspecto biológico, orgánico, mental, espiritual, social, adaptativo y

condicionante, del desarrollo de la enfermedad cuando se rompe esta relación.

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución de 1946 define a la “Salud” como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de la enfermedad” (OMS, 2007).

De la misma manera que para los antiguos críticos sobre el concepto de salud, a partir de la creación del concepto de la OMS, surgen serias dificultades en su comprensión; y su criticidad ha sido relevante y no culminante en la actualidad.

Sin embargo para fines de este capítulo y puesto que no es la discusión la conceptualidad sobre la “Salud”, partiremos del concepto que ofrece la OMS para hablar del concepto sobre “Salud Mental Positiva”, no sin antes definir a la “Salud Mental”.

Salud Mental

Conociendo el término sobre “Salud”, la misma OMS en 1952 conceptualiza a la “Salud Mental” como “la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos”. Más tarde la definiría como “la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007).

Entonces, desde el concepto de salud, una persona se considera sana si no se rompe esa relación - aspecto biológico, orgánico, mental, espiritual y social - y su adaptación al medio;

pero sobre todo, mantendrá una buena salud mental, si conserva altos niveles de bienestar social.

Silvia Bermann citada por Oramas y Santana (2006), menciona que la “Salud mental” consiste en el “aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, pero que cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad”.

Además Rodríguez (2005), refiere que “si se toman en cuenta todas las consideraciones previas sobre el concepto de salud mental, se concluye que “Salud mental” no es enfermedad mental y no significa ausencia de síntomas o cuadros psicopatológicos. Por consiguiente, el concepto esbozado de Salud Mental deberá manifestarse, no con negaciones o ausencias, sino con “determinados indicadores positivos que lo reflejen” entre los que menciona a la grupalidad, el uso del tiempo libre, creatividad y conciencia

social, bienestar personal y adaptación social (Fierro y Cardenal, 2001).

Por su parte, Guerrero en 1984, hace referencia a la Salud Mental, en específico, a lo que se refiere con la Salud Mental Ocupacional asociada a otros indicadores como a la calidad de vida laboral y responsabilidad social de la industria.

Keyes (2005) insta el Modelo del Estado Completo de Salud, en el que menciona trece dimensiones o síntomas de salud mental imprescindibles a tomar en cuenta: afecto positivo, satisfacción con la vida, autoaceptación, aceptación social, crecimiento personal, actualización social, objetivos vitales, contribución social, dominio del entorno, coherencia social, autonomía, relaciones positivas con los otros y la integración social, aspectos todos ellos que tienen que ver con la salud mental como indicadores relacionados con la salud mental positiva.

Salud Mental Positiva

Una de las primeras autoras que hace referencia a la Salud Mental Positiva es Marie Jahoda en 1958, conceptualizando a la misma como la relación existente entre los aspectos físicos y mentales del individuo.

La misma autora elabora un modelo proponiendo seis criterios: actitudes hacia ti mismo (importancia de la auto percepción y el autoconcepto que se produce con nuestro diario actuar); crecimiento y autoactualización (lo que hacemos con nuestra vida y si respondemos a la “misión” que a cada uno nos toca); integración (la capacidad de poder incluir en nuestra vida todas aquellas experiencias que nos suceden sean positivas o negativas y la capacidad de aceptar en integridad; autonomía (hace referencia al cómo nos relacionamos con el mundo que nos rodea, la responsabilidad de nuestras actos y sus consecuencias, según las decisiones tomadas); percepción de la realidad (es la capacidad para percibir adecuadamente la

realidad) y dominio del entorno (se refiere al éxito-logro y a la adaptación-meta).

Según refieren Oramas y cols (2006), al referirse a la Salud Mental Positiva se hace alusión de la Psicología Salutogénica o Positiva, catalogada como una subdisciplina instituida por Seligman en 1998, según menciona Muñiz y Álvarez (2013) y definida como “aquella rama de la psicología que tiene como objeto de estudio la excelencia, el bienestar psicológico y subjetivo, la optimización de la vida y la felicidad del ser humano”.

En general dentro de esta perspectiva son diversas las variables que se han analizado como indicadores de la Salud Mental Positiva: la empatía como emoción (Eisenberg y Strayer, 1992), la empatía o sensibilidad social (Lluch, 2002, Seligman, 2002), satisfacción con la vida, autoaceptación, aceptación social, crecimiento personal, actualización social, objetivos vitales, contribución social, dominio del entorno,

coherencia social, autonomía, relaciones positivas con los otros y la integración social (Keyes, 2005), sentido de coherencia, fortaleza, auto-eficacia aprendida, locus de control, resistencia (resiliencia), bienestar psicológico, bienestar subjetivo, afrontamiento, talentos y creatividad (Oramas y Cols, 2006), bienestar psicológico (Vazquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009), la comunicación positiva, la felicidad y el bienestar psicológico (Muñiz y Álvarez, 2013), autoestima, locus de control, redes sociales de apoyo, work engagement, conciencia social, capacidad de transformar la realidad, proyecto de vida, creatividad y grupalidad (Pando, Aranda, Parra, Ruíz de Chávez, 2013).

Psicología Positiva

Desde la ciencia natural, la psicología significa etimológicamente “ciencia del alma” – desde la filosofía, la “Psyche” o “alma” es considerada un ser natural (Cangilhem, 2000). A partir de la ciencia de la subjetividad, la psicología es

considerada como “un intento de disculpa del espíritu”, explica “porqué el espíritu está, por naturaleza, obligado a engañar, desde el inicio, a la razón respecto a la realidad” (Cangilhem, 2000).

A través del tiempo la psicología ha pasado por diversos cometidos, pero en lo que hay consenso es en el tratamiento hacia las enfermedades mentales, estudiando, investigando y comprendiendo el curso de las mismas con miras a mejorar la calidad de vida de las personas.

La Psicología Positiva nace con Seligman en el año de 1998 ante la necesidad de estudiar al ser humano no solo en sus aspectos negativos, sus sufrimientos, etc., sino en los aspectos positivos que también el mismo ser humano conserva.

Menciona Prieto (2006) que la Psicología Positiva coincide con la Psicología Humanista en algunos aspectos, y que, otros críticos consideran a la Psicología Positiva como una parte de la Psicología Humanista. La misma autora reflexiona

sobre que la Psicología Positiva pretende señalar que lo bueno no es sólo lo contrario de lo malo, pero que la Psicología Positiva no cuenta aún con suficientes resultados empíricos para su convencimiento. Sin embargo Fernández (2008) considera que ésta surge como alternativa a la Psicología Negativa. El mismo autor menciona que a la Psicología Positiva también se le conoce o se le relaciona con otros conceptos como el de Psicología Clínica Positiva, Psicología Social Positiva, Conducta Organizacional Positiva o Psicología Eudaimónica.

Entonces la Psicología Positiva estudia no sólo a la “enfermedad y el daño”, sino que también se encarga del estudio de la “fortaleza y la virtud” entendidas como rasgos positivos de personalidad; que es el análisis de lo que va bien en la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Positiva es, desde la perspectiva de Park, Peterson y Sun (2013) un “nuevo enfoque de la psicología que

estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida”; se enfoca en estudiar los aspectos positivos que hay en las personas contrario a lo que estudia la psicología en general.

En sí, la base en la estructuración de los conceptos sobre la Psicología Positiva surgen de la teoría cognitiva-motivacional-relacional (Lazarus, 2003).

Al igual que para la Salud Mental Positiva, los críticos que se enfocan en la Psicología Positiva, aún no coinciden con una verdadera línea que de fin al estudio sobre la misma.

Desde esta perspectiva, diversos son los estudiosos que incluyen en sus análisis a una serie de indicadores considerados como positivos, aunque cabe mencionarse que sinónimamente cuando hablan de indicadores sobre Salud Mental lo están haciendo para referirse a los indicadores sobre la Salud Mental Positiva o bien por la Psicología Positiva, como se observa en la figura 1.

Figura 1. Indicadores de Salud Mental/Organizacionales

INDICADORES POSITIVOS

Afecto positivo
 Satisfacción con la vida
 Autoaceptación
 Aceptación social
 Crecimiento personal
 Actualización social
 Objetivos vitales
 Contribución social
 Dominio del entorno
 Coherencia social
 Autonomía
 Relaciones positivas
 Integración social
 Uso del tiempo libre
 Creatividad y conciencia social
 Bienestar personal y adaptación social
 Calidad de vida laboral
 Responsabilidad social
 Empatía o sensibilidad social
 Sentido de coherencia
 Capacidad de transformar la realidad
 Fortaleza
 Auto-eficacia aprendida
 Resistencia (resiliencia)
 Bienestar psicológico
 Bienestar subjetivo
 Afrontamiento
 Talento y creatividad
 Comunicación positiva
 Felicidad
 Autoestima
 Redes sociales de apoyo
 Work engagement
 Conciencia social
 Proyecto de vida



Ansiedad
 Depresión
 Distimia
 Eutimia
 Estrés ocupacional
 Estrés crónico
 Estrésores laborales
 Riesgos laborales
 Burnout
 Agotamiento profesional
 Absentismo
 Presentismo
 Factores psicosociales
 Trastornos del sueño
 Violencia en el trabajo
 Mobbing
 Síndrome de adaptación general
 Agotamiento emocional
 Despersonalización
 Falta de realización personal
 Alteraciones psicosomáticas
 Alteraciones sociales
 Relaciones negativas

INDICADORES NEGATIVOS

Fuente: elaborado por Aranda e Ibarra, 2016

Indicadores

La Salud Mental, como ya se mencionó, ha sido definida por la OMS como “un estado de bienestar mediante el cual los individuos reconocen sus capacidades, son capaces de hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y hacer una contribución a su comunidad” (2007).

La Salud Mental hace referencia a “la mejora de las competencias de los individuos y las comunidades, así como al alcance de sus metas autodeterminadas”. Por lo tanto sería incompleto hablar acerca de la Salud Mental Positiva sin hablar de Resiliencia. Cuando hablamos de Salud Positiva hablamos necesariamente de la capacidad de soportar y hacer frente al estrés de manera adaptativa. Los enfoques de la psicología positiva siempre enfatizan la capacidad del individuo para disfrutar de la vida y crear un equilibrio entre las actividades de la vida y los esfuerzos para lograr la resiliencia psicológica (Bonanno, 2004).

Originariamente, el concepto de resiliencia viene de la ingeniería; hace referencia a cuando un material, después de ser presionado, es capaz de volver a tener su forma original e incluso conseguir una forma más adaptada y mejorada (Salanova y Schaufeli, 2009).

Adaptando este concepto al ser humano Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2001) han definido la Resiliencia como “la capacidad de una persona o grupo de personas para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”.

La Resiliencia ha sido tratada con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses. El concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la Resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. Mientras que el concepto de resiliencia manejado por

los norteamericanos hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático (Carver, 1998, O'Leary, 1998).

Para Bonanno (2004) la Resiliencia es un fenómeno que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo. Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

Es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación, ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que

la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al., 2001).

Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno. Cyrulnik (2001) aclara que hablar de Resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental, no se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La Resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente tanto como su

evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital.

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la Resiliencia es la determinación de los factores que la promueven. Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes, como la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas, etc. También se ha propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (self-enhancement) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992; Bonanno, 2004).

Hasta este punto podemos observar que la Resiliencia se ha definido de muchas maneras y sin embargo la

característica definitoria siempre estará orientada a la salud física y psicológica en general.

Es notable como los estilos de vida más saludables: mejor salud física, mayor nivel educativo, mayor productividad, el empleo y los ingresos se ven afectados por la Salud Mental Positiva o "Bienestar". La Resiliencia para Sacker y Schoon (2007) se mide respecto al comportamiento de un individuo y su competitividad y éxito en el cumplimiento de las expectativas que de él la sociedad tiene, esto a pesar de los obstáculos que se puedan presentar.

La Resiliencia también ha sido estudiada dándole un enfoque dentro de las empresas. Salanova y Schaufeli (2009) definen una empresa resiliente como aquella que, después de haber pasado diferentes adversidades o crisis, es capaz de verse fortalecida y salir con más recursos para superar las próximas crisis económicas e incluso las crisis de confianza que suelen venir después, entendida dicha confianza como una actitud positiva hacia los demás y hacia las organizaciones y

las empresas. Los autores hacen mención de la importancia de fomentar y desarrollar recursos positivos en las personas, ya que en épocas de crisis y de malestar, aquéllas que han podido desarrollar esos recursos han sido capaces de salir de esas situaciones. Recursos como la flexibilidad, la capacidad de ver las cosas desde diferentes perspectivas y la capacidad de diversificar entendiendo que se necesita un equilibrio entre el trabajo, la familia y el tiempo libre.

Otro punto que destacan es el que llaman “Síndrome del Superviviente” el cual aparece entre los empleados que en el momento de crisis no les toca desvincularse de la empresa y no son despedidos, pero saben que la próxima vez posiblemente les tocará y que el trato que recibirán no les gustará.

Si se genera ese síndrome, estas personas están físicamente en el trabajo, “parece que trabajan” pero están ausentes mentalmente porque siguen preocupados por la situación que están viviendo. Por tanto, su desempeño

disminuye, la calidad del servicio que prestan se ve mermada, sufren lo que se llama el “absentismo cognitivo o mental”, que es casi tan perjudicial para los empleados y la empresa como el absentismo real o físico. Para evitar o en todo caso reducir la dimensionalidad de este síndrome, una de las estrategias más efectivas es la comunicación, permanente y bidireccional, entre la dirección y los trabajadores; comunicación sobre lo que está ocurriendo y sobre lo que va a ocurrir.

De manera contraria al absentismo tenemos el compromiso con el trabajo o Work Engagement. El Work Engagement es definido por Schaufeli y Bakker (2004) como una condición positiva, satisfactoria y motivacional relacionada con el trabajo en la que el sujeto se caracteriza por su vigor, dedicación y concentración en sus labores.

El Work Engagement ha recibido una atención especial en el campo de la psicología ocupacional, sobre todo porque los empleados comprometidos con su trabajo muestran mayor desempeño laboral y organizacional, actitudes laborales

positivas, un mayor bienestar psicológico, y comportamiento proactivo en el trabajo (Bakker, Hakanen, Demerouti y Xanthopoulou, 2007).

En el positivismo ocupacional el concepto de Work Engagement es considerado un importante indicador de bienestar en el trabajo. Muchas organizaciones empresariales de todo el mundo recogen datos de sus empleados en las que el Work Engagement es utilizado como un indicador clave para la salud de los empleados, el bienestar y la productividad.

Se considera que el Work Engagement se relaciona positivamente con el desempeño laboral y los recursos laborales (Recursos físicos, psicológicos, sociales, organizativos o de un individuo para hacer frente a las demandas del empleo, tales como tener el control sobre su propio trabajo) (Mauno, Kinnunen y Mervi, 2007); y se asocia negativamente con el absentismo por enfermedad, el burnout y un trabajo demandante (Bakker et al., 2007). Por otra parte, se considera un antecedente para los niveles a largo plazo de

depresión y síntomas de ansiedad además de un predictor a largo plazo de bienestar general.

Airila, Hakanen, Punakallio, Lusa y Luukkonen (2012) refieren que un trabajador motivado y lleno de energía, que se identifica fuertemente con su trabajo, tiene mejor capacidad de trabajo en relación a las demandas del empleo y presenta más recursos psicológicos que sus compañeros menos comprometidos.

Schaufeli y Bakker en el 2004 encontraron que los trabajadores comprometidos con su trabajo parecen disfrutar de buena salud mental y psicosomática. También, además de presentar una iniciativa personal, una conducta proactiva y motivación para el aprendizaje, el compromiso parece jugar un papel mediador entre la disponibilidad de recursos y estos comportamientos organizacionales positivos; los resultados relativos a la conducta organizacional positiva sugieren que los trabajadores comprometidos parecen ser capaces y dispuestos a “dar el 110 por ciento”.

Habría que hacer hincapié en la diferencia que existe entre los conceptos de Work Engagement y Workaholism (adicción al trabajo) puesto que los mismos comparten similitudes pues se caracterizan por una fuerte inversión en el trabajo; uno es impulsado por un fuerte sentido de participación e identificación con el trabajo (Engagement) y el otro por un fuerte impulso interior de trabajar muy duro (adicción al trabajo).

De acuerdo a Bakker y Oerlemans (2011) el compromiso con el trabajo se caracteriza por una alta activación además de placer, mientras que la adicción al trabajo se caracteriza igualmente por una alta activación pero también por el disgusto. Salanova y colaboradores en el 2013 encontraron que los empleados comprometidos y los que presentan adicción al trabajo experimentan los mayores niveles de energía, la diferencia radica en que los trabajadores comprometidos reportaron el mayor placer y los adictos al

trabajo (junto con los empleados quemados) reportan el menor placer en sus puestos de trabajo.

Hasta la fecha, no hay evidencia de estrategias eficaces para mejorar el Work Engagement. Sin embargo, ya que se puede equiparar a la felicidad en el trabajo, se ha planteado la hipótesis de que las estrategias basadas en la evidencia para mejorar la felicidad, también pudieran ser eficaces para mejorar el compromiso con el trabajo (Ouweneel, Schaufeli y Leblanc, 2009).

La felicidad a la vez puede ser la causa y consecuencia de muchos resultados de vida deseables. Dentro del campo de la salud ocupacional es de vital importancia entender cómo individuos languidecidos pueden ser levantados a un estado más óptimo y funcional. Esto estimula la pregunta ¿Cómo se puede lograr y mantener la felicidad?

Desde la última década, los investigadores buscan cada vez más respuestas a las preguntas de lo que nos hace sentir bien y cómo generar estabilidad psicológica y salud a pesar de

las altas demandas relacionadas con el trabajo. Los estudios que muestran una relación entre la felicidad y el éxito profesional hacen de este un tema de interés para las empresas y la economía en general, así como para los individuos (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

De la misma manera la investigación sobre el bienestar subjetivo y la felicidad y la cuestión de si es posible entrenar las emociones positivas son algunos de los temas principales de los estudios de felicidad.

Lyubomirsky et al., encontraron que el nivel de felicidad de una persona está determinada por 3 factores: un punto de ajuste genético para la felicidad, la felicidad circunstancias pertinentes, y las actividades y prácticas relacionadas con la felicidad. Por otra parte, Feicht y cols en el 2013, encontraron que las actividades relacionadas con la felicidad son el aspecto más poderoso para aumentar y mantener la felicidad que se encuentra bajo el control individual.

Los autores mencionan: “debido a que el cerebro nunca pierde su capacidad de adaptación, la felicidad (y, junto con él, el bienestar) se puede aprender en casi todas las edades; sin embargo, las actividades para la consecución de la felicidad deben ser intencionales y se necesita esfuerzo para iniciarlas, llevarlas a cabo, y mantenerlas”.

Fredrickson (2000) sugiere que las emociones positivas disminuyen la experiencia del dolor y el catastrofismo que viene con el mismo, mientras que también parecen contribuir positivamente a los resultados de la salud en general.

Por su parte Wichers y cols (2007) encontraron que en la vida diaria, el experimentar emociones positivas durante momentos de estrés es un factor protector de la salud psicológica, esto a través de un proceso de amortiguación de la reactividad que las emociones negativas proyectan durante eventos estresantes.

Podemos encontrar determinadas intervenciones positivas para mejorar la felicidad en el trabajo, como las

propuestas por la Psicología Positiva, que ayudan a poner en práctica y aumentar las actividades de felicidad relevante.

Un reciente estudio apoya la idea de que la forma en que las personas trabajan con una estrategia de la psicología positiva puede predecir en una parte sustancial la varianza de la satisfacción con la vida (6%) y la depresión (10%) a 3,5 años después de la finalización de la intervención (Proyer, Wellenzohn, Gander y Ruch, 2015). Por lo tanto, existe una amplia evidencia que alienta una mayor investigación en esta área.

Las propuestas para mejorar la felicidad fueron definidas por Sin y Lyubomirsky (2009) como "los métodos de tratamiento o actividades intencionales dirigidas a cultivar sentimientos positivos, comportamientos positivos, o cogniciones positivas".

Estas estrategias pueden ser tan diversas como escribir cartas de agradecimiento, practicar el pensamiento optimista, repetir experiencias positivas, y la socialización.

Para Stefano, Benson, Fricchione y Esch (2005) las razones para el desarrollo de estas intervenciones son consecuencia de los niveles aumentados de presión psicológica y estrés en el trabajo, lo que se traduce en una disminución de la capacidad de trabajar debido a enfermedades mentales, trastornos que se asocian generalmente con el estigma y la discriminación.

En el lugar de trabajo donde se supone que las personas deben ser productivas, el estigma puede ser peor. Frecuentemente los empleados con depresión u otros trastornos mentales pueden evitar la asistencia y el tratamiento eficaz. Frente a este desafío, los promotores de la salud mental del lugar de trabajo han estado buscando una alternativa con un enfoque más positivo que el tradicional "arreglar-lo-que-esta-mal".

Para Yuan, Liu, Tang y Zhang (2014) la justificación de las intervenciones de la psicología positiva es nutrir las fortalezas o rasgos positivos de los individuos y de esta manera

amortiguar los efectos negativos de los factores del estrés y mejorar el estado de salud mental. Esto representa un enfoque mucho menos estigmatizado, por lo tanto, tiene más potencial para ser eficaz como una estrategia general para la prevención, en particular en el lugar de trabajo.

En el 2009 Sin y Lyubomirsky realizaron un meta análisis donde se preguntaban en qué medida las intervenciones de la Psicología Positiva mejoran el bienestar y mejoran los síntomas depresivos. Al final de dicho estudio los autores hacen tres sugerencias, estas se resumen a continuación:

1. Varios estudios han encontrado que ejercer altos niveles de esfuerzo practicando una estrategia para mejorar la felicidad, y continuar practicando incluso después de la intervención, resulta en mayores mejoras en el bienestar y la depresión. Por lo tanto, se debe animar a las personas a practicar con regularidad y mantener un registro de las estrategias positivas utilizadas, para

incorporar estas estrategias en su vida cotidiana, y convertir estas estrategias en hábitos.

2. Parece que adoptar un enfoque " escopeta " en la que los individuos practican múltiples de las mencionadas actividades puede ser más eficaz que la participación en sólo una actividad.
3. Los miembros de culturas individualistas, cuyos valores e inclinaciones culturales son de gran apoyo en la búsqueda de la felicidad individual, se han encontrado mayormente beneficiados de las estrategias de la Psicología Positiva que los miembros de otro tipo de culturas. Como resultado de ello, se aconseja considerar la cultura de las personas así como sus inclinaciones únicas a la hora de implementar una estrategia.

Los autores, tras el razonamiento de su meta análisis, concluyeron que las intervenciones de la psicología positiva

pueden mejorar sustancialmente el bienestar de muchos individuos.

Una de las estrategias más ocurridas dentro de las intervenciones de la Psicología Positiva es la propuesta por Peterson and Seligman (2004) basada en las fortalezas del carácter; los autores postulan que una parte importante del funcionamiento humano está relacionado con las fortalezas del carácter.

Peterson y Seligman consideran que los individuos poseen, celebran, y con frecuencia ejercen entre tres y siete puntos fuertes, los llamados puntos fuertes "distintivos". Se ha sugerido que la aplicación de estos puntos fuertes "distintivos" en la vida cotidiana puede contribuir a la satisfacción con la vida, el bienestar, la vida significativa, así como la salud física y recuperación de la enfermedad, y la calidad de vida en general.

Estudios de organización proponen que la aprobación e implementación de los puntos fuertes distintivos del individuo

en el lugar de trabajo aumenta las experiencias positivas en el ambiente de trabajo (Littman-Ovadia y Steger, 2010).

El proporcionar oportunidades a los empleados de desplegar sus fortalezas distintivas en su vida laboral es un factor clave en el Engagement laboral, que a su vez se traduce en una variedad de resultados relacionados con el trabajo, por ejemplo, un mejor rendimiento en el trabajo (Harter, Schmidt y Hayes, 2002).

Ryan y Deci (2001) hablan acerca de cómo la Psicología Positiva, cada vez más, apunta a entender el bienestar no sólo como la ausencia de trastornos mentales, sino también la presencia y desarrollo de recursos psicológicos positivos, incluidos los componentes del bienestar subjetivo o hedónico así como componentes de un bienestar eudaimónico.

Tras mencionarlo en varias ocasiones conviene definir el término bienestar para entender en un plano más profundo los efectos de las intervenciones de la Psicología Positiva en este.

Bienestar denota "el estado de ser feliz, saludable, o próspero" (Cloninger, 2004), que comprende por lo tanto, el estado físico y psicológico de las personas. De acuerdo con Seaward (1994), el bienestar se apoya significativamente en el equilibrio entre los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y espirituales del individuo.

El bienestar se ha estudiado desde dos puntos de vista distintivos. En primer lugar, los estudios del llamado "bienestar subjetivo" (Diener, 1984) se centran en la evaluación de los juicios individuales de satisfacción con la vida, la frecuencia de afecto positivo, y la poca frecuencia de afecto negativo (punto hedónico de vista); después tenemos el "bienestar psicológico" (Ryff, 1989) cuyos estudios, con un punto de vista eudaimónico, se centran en los aspectos teóricos y operativos del bienestar mediante la inclusión de seis construcciones distintas de bienestar: la autonomía personal, el crecimiento, la autoaceptación, tener un propósito en la vida, el dominio del medio ambiente y las relaciones positivas con los demás.

Otro punto a tomar en cuenta son las relaciones laborales y personales puesto que estas son fundamentales para la vida cotidiana de la mayoría de las personas y puede tener influencias poderosas en el bienestar como ha sido explicado con teorías clásicas, como las expuestas por Freud y desarrolladas posteriormente por Erikson.

Existe evidencia de que la calidad de los contactos sociales predicen el nivel de bienestar de las personas, que el arraigo y apoyo familiar predice el afecto positivo, y que la participación social se relaciona con un aumento del bienestar (Huppert, 2009).

Hobfoll (2002) nos dice que, psicológicamente, el Apoyo Social promueve un sentido positivo de sí mismo y la sensación de que uno puede dominar las circunstancias exigentes y fisiológicamente, recibir apoyo tiene efectos positivos inmediatos y de largo plazo sobre los sistemas neuroendocrinos cardiovasculares, inmunológicos, y por lo

tanto promueve el fortalecimiento fisiológico que mejora las respuestas de los individuos a las demandas del trabajo.

Se ha sugerido que el recibir Apoyo Social puede atenuar los efectos negativos de la carga de trabajo en general y las demandas temporales del lugar de trabajo en particular (Joudrey y Wallace, 2009).

La conceptualización de Apoyo Social desde una perspectiva de recuperación de esfuerzo es consistente con la percepción general de apoyo social en la literatura-estrés laboral - es decir, como un mecanismo clave de afrontamiento que tiene el potencial para atenuar los efectos nocivos de cualquier factor de estrés laboral en la salud de los empleados y bienestar. Estadísticamente, el efecto amortiguador del apoyo social está representado por una interacción en la que los que reciben la experiencia más apoyo social más débil efectos negativos de los estresores laborales en la salud y el bienestar en relación con aquellos que reciben menos apoyo social (Beehr, Farmer, Glazer, Gudanowski y Nair, 2003). En otras

palabras, mayor apoyo social recibido está asociado con más débiles efectos nocivos de los factores de estrés de trabajo.

Se puede considerar el empleo como un importante contribuyente al bienestar si se toman en cuenta los recursos y la estructura que proporciona al facilitar el acceso a las redes sociales. Sin embargo, el bienestar dentro del empleo también puede estar supeditado a las características psicosociales del trabajo como las demandas excesivas, falta de control sobre el trabajo, el escaso apoyo de los gerentes y colegas, todas ellas relacionadas con trastornos psicológicos.

Las características propias de las organizaciones tales como las políticas, procedimientos y operaciones, estilos de liderazgo, y los factores generales del contexto de trabajo, todas tienen un efecto en la forma en que el trabajador percibe la calidad de su vida laboral.

El trabajo es una actividad social y puede afectar a la salud y la calidad de vida de manera positiva o negativa. Debido a que las percepciones de los empleados juegan un

papel importante en su decisión de entrar, permanecer o salir de una organización, es importante que la calidad de vida laboral sea evaluada.

Krueger et al (2002) en una revisión de la literatura sobre la Calidad de Vida y satisfacción en el trabajo llega a la hipótesis de que los predictores de la satisfacción en el trabajo variarían dependiendo de la organización, indica que se debe tomar en cuenta la gran variedad de entornos, contextos situacionales y estructuras organizativas (incluidos los estilos de gestión, estructuras para los reportes, las características del personal como los niveles de formación y experiencia) en la que los empleados trabajan.

Sharp (2008) define la satisfacción en el trabajo como la medida en que las personas gustan de sus puestos de trabajo, un constructo multidimensional que tiene dimensiones intrínsecas y extrínsecas. La satisfacción laboral intrínseca evalúa la naturaleza de las tareas propias del trabajo, tales como las oportunidades de desarrollo profesional y otros

factores similares, mientras que la satisfacción laboral extrínseca evalúa aspectos de la situación de trabajo que son externas a las tareas del trabajo como presión por el tiempo, interrupciones frecuentes, numerosas responsabilidades, mayor carga de trabajo y horas extraordinarias obligatorias y recompensas tales como salarios, prestaciones, bonos.

En la misma línea de la satisfacción laboral intrínseca y extrínseca Siegrist y cols (2004) desarrollan el modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa para analizar el estrés laboral. Este modelo se centra en la reciprocidad del intercambio en la vida laboral, en el que un desequilibrio percibido entre el alto esfuerzo dedicado al trabajo y una baja recompensa puede provocar reacciones de estrés sostenidos con trastornos emocionales y consecuencias adversas para la salud.

Con respecto a los componentes intrínsecos o personales se introduce el término 'compromiso excesivo' que hace referencia a un patrón específico de hacer frente a las

demandas del trabajo y a las recompensas que suscita. Este patrón de afrontamiento define un conjunto de actitudes y comportamientos que reflejan el esfuerzo en combinación con un fuerte deseo de aprobación y estima (de Jonge, Bosma, Peter y Siegrist, 2000).

Las personas que se caracterizan por este compromiso excesivo tienden a exagerar su esfuerzo. De acuerdo con el modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, este patrón supone aumentar el efecto perjudicial del desequilibrio esfuerzo-recompensa en la salud (Siegrist et al, 2004).

La exposición a ambientes adversos psicosociales en el trabajo, medida por el modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa es asociado con mala calidad de vida en diversas ocupaciones. La alta presión en el trabajo es asociada con una mala calidad de vida en los ámbitos psicológicos, sociales y ambientales.

Para lograr una calidad óptima en el trabajo un reto importante es el proceso laboral entre los trabajadores, para un

proceso laboral satisfactorio, es necesario contar con empleados satisfechos que disfrutan de una alta calidad de vida.

Para los profesionales de la salud en el trabajo es de interés saber qué contribuye a la satisfacción laboral y qué características de trabajo presentan mayor ganancia cuando son sujetas a proyectos de mejora.

Para Bos, Donders, Bouwman-Brouwer y Van der Gulden (2009) las habilidades y las relaciones con los colegas juegan un papel importante. Ambas características del trabajo contribuyeron fuertemente a la variación en la satisfacción laboral. Además menciona que se debe prestar atención al apoyo del supervisor y las oportunidades para lograr una educación superior.

La mala calidad de vida se ha encontrado fuertemente asociado con el desempeño laboral reducido y la jubilación anticipada. Mientras los factores de estatus socioeconómico, como la educación, los ingresos, la situación laboral, o el

acceso a un seguro de salud son difíciles de cambiar, los factores de estilo de vida y de comportamiento, tales como la actividad deportiva, la dieta, el sueño, reducir el estrés, y la mejora de las relaciones, son más factibles de ser modificados.

La Calidad de Vida es definida por la OMS (1996) como "la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de los sistemas de valores y de cultura en los que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

Es de suma importancia mejorar y mantener una Calidad de Vida en el Trabajo adecuada puesto que es uno de los aspectos esenciales de la salud humana, que se inserta en un contexto físico, mental y social y siendo el lugar de trabajo considerado como un microcosmos de la sociedad en general, puede proporcionar un marco eficaz para abordar tanto la salud individual y como la salud de las poblaciones.

Algunas personas parecen estar motivadas y comprometidas en el logro de un propósito o meta personal,

que alinea sus esfuerzos, su pensamiento y su toma de decisiones. El movimiento de la Psicología Positiva, en su estudio de los aspectos florecientes de la psicología, conecta el propósito de vida con la motivación, el compromiso con el trabajo y el desempeño, reconociendo tanto el propósito y como el sentido de vocación como fuentes de motivación, compromiso, y logros personales (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Duffy y Dik (2013) refieren que abrazar un llamado, propósito o visión personal en la vocación personal, así como la sensación de vivir esta vocación, está ligado a una experiencia de trabajo positiva y de bienestar. Y un mayor nivel de significado o propósito está relacionado con la gratificación de trabajo, la satisfacción con la vida, el bienestar y la felicidad.

Un trabajo significativo es un predictor del Bienestar Psicológico. Jahoda, desde 1982, sugiere que el empleo no sólo sirve a la función manifiesta de proporcionar ingresos, sino que también sirve en funciones latentes, como la ampliación del

ámbito de la experiencia social en áreas con menos carga emocional como la vida familiar, y la asignación de estatus que proviene de la situación laboral y la identidad personal.

En las organizaciones en las que los empleados experimentan un mayor nivel de compromiso con el trabajo los niveles de rendimiento han aumentado a comparación de las organizaciones en las que no se tiene esta sensación (Macey y Schneider, 2008). Shuck y Rose en el 2013, referente a este contexto, llegan a la siguiente conclusión: "el compromiso y el rendimiento son una consecuencia secundaria de un trabajo que es interpretado por el empleado como significativo y con propósito."

Aun así, incluso si los individuos están motivados externamente por la visión de una empresa y están trabajando en un ambiente estimulante, sigue siendo poco probable que experimenten la motivación intrínseca, el compromiso con el trabajo, y la satisfacción que viene de trabajar hacia el logro de la propia ambición personal.

Boyatzis, Smith y Beveridge (2012) consideran que a menudo, en el trabajo, los empleados están entrenados para cumplir con la visión de alguien más; trabajar duro para ser el trabajador que su empleador quiere que sean con el fin de contribuir a los objetivos de la organización. De esta manera en lugar de avanzar hacia la definición personal de lo que quieren ser, su yo ideal, los empleados están trabajando hacia la comprensión de lo que deben ser basados en la visión de alguien más.

Boyatzis y Akrivou (2006) descubrieron que se puede trabajar perfectamente contento hacia algún otro objetivo u objetivos hasta que uno se da cuenta de que sus sueños personales están comprometidos porque este "debería ser" no coincide con su yo ideal. Este despertar conduce a sentimientos de traición y frustración por tener energía desperdiciada en perseguir los sueños y expectativas de los demás. Esto crea lo que los autores llaman atractores

emocionales negativos, que tienen un efecto adverso sobre la motivación y el compromiso.

Un líder puede activar las palancas que desencadenan la auto-motivación si llega a comprender los roles que el propósito y las metas personales juegan respecto a la motivación, el compromiso con el trabajo y la visión de la empresa; puede aumentar la motivación y el compromiso al proporcionar recursos y apoyo en la forma y perspectiva mejor comprendida y deseada por cada empleado, y dejar que el empleado use su propia motivación personal nacida de lograr su propio objetivo aspiracional o metas en la vida (Berg, 2015).

Los empleados que trabajan para una organización que tienen un propósito más elevado y son dirigidos por líderes que entienden sus motivaciones, pueden sentirse satisfechos y comprometidos, ya que utilizan muchas de sus horas de vigilia para trabajar hacia su vocación personal o propósito. Al final del día, pueden sentir que sus esfuerzos fueron hacia la creación y el apoyo de su yo ideal.

Berg (2015) refiere que las personas a menudo eligen un menor ingreso para trabajar por razones personales, tienen el deseo de ser parte de algo más grande, de hacer una diferencia, y esto es algo que las organizaciones pueden ser capaces de aprovechar, si su visión de la empresa está alineada con las ambiciones personales de un empleado. Una vez que se entiende este fenómeno, se puede traducir a un lenguaje que ayude a las organizaciones a entender cómo aprovechar este impulso personal y la motivación intrínseca. Si una organización tiene una visión con un propósito superior que atrae a los empleados con una visión simbiótica con la de la empresa, muchas de las formas tradicionales de motivación externa pueden quedar relegadas.

La teoría del Cambio Intencional desarrollada por Boyatzis y Akrivou (2006) establece que las relaciones positivas energizantes no sólo son críticas en el apoyo al cambio positivo, sino que además da un sentido de identidad al grupo como un elemento importante en la construcción de una

visión compartida; la identificación con la identidad social de una organización facilita la interiorización de valores de la empresa y sus creencias.

En esta teoría, las relaciones de hecho facilitan el movimiento a través de cada descubrimiento que provoca en el empleado un cambio significativo. Una correlación fue identificada entre la búsqueda del yo ideal y el efecto fisiológico que tiene sobre los circuitos neuronales, el apetito para el aprendizaje y el estado emocional de alegría, todo elevando el nivel de compromiso en torno a los sueños, esperanzas, y fortalezas del trabajador.

Según Van Oosten (2006), las relaciones de apoyo y confianza son el punto de apoyo que permite que el cambio tenga lugar. Las relaciones positivas se correlacionan con un mayor grado de compromiso con el trabajo y la conservación de los empleados.

Psicología Organizacional Positiva

La Psicología Organizacional Positiva nace precisamente con Seligman y Csikszentmihalyi (2000) desde la perspectiva de que un trabajador tendrá mejor desempeño laboral si se le mantiene feliz y dejándolo ser creativo, activo, fluido (concentrarse en lo que hace), humilde, prudente, autocontrolado, ser “una persona positiva”.

Por su parte, Enciso y Perilla (2004) mencionan que según Spector (2002) la Psicología Organizacional “comprende el desarrollo y la aplicación de principios científicos en el trabajo con sus dos divisiones: la Industrial y la Organizacional”, interesándose más por el comportamiento y bienestar del trabajador dentro de sus áreas laborales. También indican que la Psicología Organizacional cada vez tiene mayor auge dentro del área laboral incluyendo sus variantes: la Psicología Industrial, Psicología del Trabajo, Psicología Empresarial, Psicología Ocupacional. De hecho, la

misma autora menciona que la Psicología Organizacional comienza a incursionar en ésta área a partir de la Psicología Experimental con Hugo Münsterberg y Walter Dill Scout.

Por su parte Salanova, Martínez y Llorens (2005) refieren que la Psicología Organizacional se enfoca más en los aspectos positivos que el ser humano posee, pero que también en los que las mismas organizaciones conservan; por lo que la Psicología Organizacional se centra más en los recursos laborales y en su potencial motivador, es decir, las empresas necesitan tener empleados sanos y motivados, que esto solo se logra si las empresas se muestran en concordancia con ello (Salanova y Schaufeli, 2004).

En definitiva, la Psicología Organizacional Positiva se “centra en promocionar la gestión de organizaciones positivas, que mejoren la calidad de vida organizacional y el desempeño organizacional (Llorens, Salanova, Martinez, 2007). Al igual que las variables anteriores, dentro de la Psicología Organizacional Positiva se analizan una serie de indicadores

positivos como la creatividad, felicidad, desempeño laboral, compromiso, fluidez, habilidades, satisfacción laboral (Enciso y Perilla, 2004; Salanova y Schaufeli, 2004).

En específico Polo, Palacio, De Castro, Mebarak y Velilla (2013) diseñan un esquema basándose en Salanova, Martínez y Lorens (2002) para explicar esquemáticamente las “dimensiones” o “indicadores positivos” dentro de la Psicología Organizacional Positiva”.

Por otro lado Forbes (2013) citando a Palacé (2005) describe que las emociones positivas son un indicador positivo dentro de la Psicología Organizacional Positiva, pero que dentro de las emociones positivas, la alegría, el disfrute, interés y orgullo, que a su vez propician la flexibilidad, creatividad y la eficiencia deben ser tomadas en cuenta.

También Forbes (2013) cita a Seligman (2011) como otro crítico que apunta a las emociones positivas, al compromiso (Engagement), dedicación, orgullo, entusiasmo, eficacia, relaciones positivas, toma de conciencia,

responsabilidad y logros obtenidos, como otros indicadores positivos a ser evaluados.

Por su parte, el mismo Forbes, agrega a estos indicadores a la percepción del salario, ausencia de discriminación y de abusos, así como a la equidad, como otros más de los indicadores indispensables de ser analizados.

Psicología de la Salud Ocupacional Positiva

Tomando como referencia a la Psicología Organizacional Positiva pero más aún a la Psicología de la Salud Ocupacional, surge un nuevo concepto el de la “Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP)”, para reforzar el nivel de importancia que tienen todas estas variables entre sí, tanto como para el trabajador como para la organización y la sociedad en general.

Refiere Salanova (2008) que para poder llegar al término de la PSOP, se requirió pasar por la definición de Salud

(propuesta por la OMS), por lo que de Salud Mental Ocupacional se sabe y de la Psicología de la Salud Ocupacional. Menciona Salanova que la Psicología de la Salud Ocupacional es una disciplina que actúa en la “intersección de la ciencia y de la sociedad, hacia las dinámicas internas de la ciencia por un lado y hacia el desarrollo externo de la sociedad en su conjunto, por el otro; por lo que la Psicología de la Salud Ocupacional se ha centrado en analizar sobre todo a “la falta de salud”.

En sí la PSOP, es una nueva perspectiva que se enfoca en la “evaluación e intervención de aspectos positivos a valorar y optimizar en los puestos de trabajo y en los empleados, centrada en los recursos laborales y personales; empleados positivos trabajando en puestos positivos constituye la base de las organizaciones modernas, cuyo interés se focaliza en la salud integral de sus empleados y en la producción de outputs ‘positivos’ y de excelencia que se convertirán en una ventaja competitiva para prosperar en el mercado laboral actual”

(Salanova, 2008). La misma autora concluye su definición describiéndola de ésta manera: la PSOP es “el estudio científico de la salud de las personas y los grupos trabajando en organizaciones saludables”.

Menciona Bakker, Rodríguez y Derks (2012) que la PSOP “promueve la salud en el trabajo y examina cómo ciertos fenómenos positivos (contextos, recursos personales) se pueden utilizar para protegerse contra los riesgos laborales”. Ya referían Turner, Barling y Zachartos (2002) que “es el momento de explorar más a fondo los aspectos positivos, a fin de obtener plena comprensión del significado y los efectos de trabajar”.

Actualidades y Dificultades

Tanto la “Salud Mental”, como la “Salud Mental Positiva”, la “Psicología Positiva”, la “Psicología Organizacional Positiva” y la “Psicología de la Salud Ocupacional Positiva”, han tomado

como referencia a una serie de “indicadores positivos” para fundamentar su conceptualización. Estos indicadores son similares para cada una de estas variables; la discrepancia estriba en algunos casos del uso del término de la palabra “positiva”, en otros casos de la “organizacional” o de la “ocupacional” lo que hace la divergencia.

En resumen, la lista de estos “indicadores positivos” es amplia, a manera de resumen se observan las siguientes: “afecto positivo, satisfacción con la vida, autoaceptación, aceptación social, crecimiento personal, actualización social, objetivos vitales, contribución social, dominio del entorno, coherencia social, autonomía, relaciones positivas, integración social, grupalidad, el uso del tiempo libre, creatividad y conciencia social, bienestar personal y adaptación social, calidad de vida laboral y responsabilidad social, empatía o sensibilidad social, sentido de coherencia, fortaleza, auto-eficacia aprendida, locus de control, resistencia (resiliencia), bienestar psicológico, bienestar subjetivo,

afrentamiento, talento y creatividad, comunicación positiva, felicidad, autoestima, locus de control, redes sociales de apoyo, work engagement, conciencia social, capacidad de transformar la realidad, proyecto de vida” (Figura 1).

Como se puede observar, es probable que el “no consenso” sobre la conceptualización de estos términos, la divergencia en la determinación de sus orígenes, así como en la diferenciación en el empleo de los indicadores “positivos” dentro de cada una, sean entre otras causas, algunas de las razones que estén determinando y dificultando que estos temas sean analizados con la misma amplitud que otras variables de estudio.

La búsqueda de estas publicaciones se realizó mediante diversas bases de datos como Google Académico, Medline y otras, empleando a su vez diferentes categorías de análisis como Salud, Salud Mental, Salud Mental Positiva, Psicología, Psicología Positiva, Psicología Organizacional Positiva,

Psicología Ocupacional Positiva y Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. Dichas publicaciones, aunque no todas, pueden ser vistas en el apartado de referencias.

Sin embargo, en los últimos años los críticos sobre estos temas no escriben con la misma consistencia como lo venían haciendo. La literatura analizada para estas categorías o variables permitieron darnos cuenta de la cantidad de artículos, libros, conferencias, ensayos, revisiones, entrevistas, etc., que las describen, pero también dieron la oportunidad de identificar algunas dificultades acontecidas para mantenerse en la ciencia.

En primer lugar, como ya se mencionaba, se observa la falta de un consenso sobre la terminología empleada; en segundo, el empleo del paradigma metodológico aplicado; en tercero, las investigaciones que buscan los argumentos de mayor aplicabilidad como lo es el trabajo; cuarto, la falta de ampliación a las cuestiones de investigación en este ámbito, es

decir hacer a un lado los aspectos de debilidad o enfermedad que tanto han sido estudiados y dedicarse más en los aspectos positivos que posee el individuo pero también en los que mantiene la organización.

Referencias

- Airila, A., Hakanen, J., Punakallio, A., Lusa, S., & Luukkonen, R. (2012). Is work engagement related to work ability beyond working conditions and lifestyle factors?. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(8), 915-925.
- Bakker, A.B., Hakanen, J.J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007) Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *J Educat Psychol*, 99, 274–84.
- Bakker, A.B., & Oerlemans, W. (2011). Subjective well-being in organizations. In K.S. Cameron & G. M. Spreitzer (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (pp.178-189). New York: Oxford University Press.
- Bakker, A.B., Rodríguez, M.A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Beehr, T.A., Farmer, S.J., Glazer, S., Gudanowski, D.M., & Nair, V.N. (2003). The enigma of social support and occupational stress: source congruence and gender role effects. *Journal of occupational health psychology*, 8(3), 220.
- Berg, J.L. (2015). The role of personal purpose and personal goals in symbiotic visions. *Frontiers in Psychology*, 6, 443.

- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*, *59*, 25–8.
- Bos, J.T., Donders, N.C.G.M., Bouwman-Brouwer, K.M., & Van der Gulden, J.W. J. (2009). Work characteristics and determinants of job satisfaction in four age groups: university employees' point of view. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *82*(10), 1249–1259.
- Boyatzis, R.E., & Akrivou, K. (2006). The ideal self as the driver of intentional change. *J. Manage Dev*, *25*, 624–642.
- Boyatzis, R.E., Smith, M.L., & Beveridge, A.J. (2012). Coaching with compassion: Inspiring health, well-being, and development in organizations. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *49*(2), 153-178. doi:0021886312462236.
- Canguilhem, G. (2000). ¿Qué es la psicología? *Revista Colombiana de Psicología*, *7*, 7-14.
- Carver, C.S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, *66*, 607-619.
- Cloninger, C.R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press.
- Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Ediciones Granica S.A.

- De Jonge J., Bosma H., Peter R., & Siegrist J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*, 50(9), 1317-27.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Duffy, R.D., & Dik B.J. (2013). Research on calling: what have we learned and where are we going? *J. Vocat. Behav*, 83, 428–436.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1992). Cuestiones fundamentales en el estudio de la empatía. En: Eisenberg, N., & Strayer, J. (dirs.). *La Empatía y su Desarrollo*. Desclée de Brouwer, 13-23, Bilbao.
- Enciso, F.E., & Perilla, T.L.E. (2004). Visión Retrospectiva, Actual y Prospectiva de la Psicología Organizacional. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(5)-22,04.
- Feicht, T., Wittmann, M., Jose, G., Mock, A., Von Hirschhausen, E., & Esch, T. (2013). Evaluation of a Seven-Week Web-Based Happiness Training to Improve Psychological Well-Being, Reduce Stress, and Enhance Mindfulness and Flourishing: A Randomized Controlled Occupational Health Study. *Hindawi Publishing Corporation*. pp. 1-14.
- Fernández, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología*, 17(1), 161-176.

- Fierro, A., & Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(2), 207-226.
- Forbes, A.R. (2013). La psicología organizacional positiva y la mejora organizacional. *Éxito empresarial*, 227, 1-3.
- Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3(1).
- Guerrero, J. (1984). Salud mental y trabajo. En tiempos de cambio organizacional. U. Nacional de Colombia, Bogota, D.C.
- Harter, J.K., Schmidt, F.L., & Hayes, T.L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *J Appl Psychol*, 87(2), 268-279.
- Held, B.S. (2002). The Tyranny of the Positive Attitude in America: Observation and Speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 965-992.
- Hobfoll, S.E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology*, 6(4), 307-324.
- Huppert, F. (2009). Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol: Health and Well-being*, 1, 137-164.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Jahoda, M. (1958). *Current concept of positive mental health*. New York: Basic Book.
- Joudrey, A.D., & Wallace, J.E. (2009). Leisure as a coping resource: A test of the job demand-control-support model. *Human Relations*, 62(2) 195-217.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3) 539- 548.
- Krueger, P., Brazil, K., Lohfeld, L., Edward, H. G., Lewis, D., & Tjam, E. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 2(6), 1-8.
- Lazarus, R.S. (2003). Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry*, 14 (2), 93-109.
- Littman-Ovadia, H., & Steger, M.F. (2010). Character strengths and well-being among volunteers and employees: towards an integrative model. *J Posit Psychol*, 5, 419–430.
- Llorens, S., Salanova, M., & Martínez, I.M. (2007). *Psicología de la Salud Ocupacional Positiva: concepto y metodología para su evaluación*. Equipo WONT Prevenció Psicosocial. Universitat Jaume I de Castellón.
- Lluch, M.T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.
- Macey, W.H., Schneider, B. (2008). The meaning of employee engagement. *Ind. Organ. Psychol*, 1, 3–30.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. & Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En Manciaux, M. (2003). (Ed.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227- 238.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Mervi, R.M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: a longitudinal study. *J Vocat Behav*, 70, 149–71.
- O’Leary, V.E. (1998). Strength in the face of adversity: individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 425-445.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Foro Mundial de la Salud. Ginebra.
- Oramas, V.A., Santana, L.S., & Vergara, B.A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(2), 34-39.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/. Ultimo acceso: 2 Junio 2015.

- Ouweneel, E., Schaufeli, W.B., & Leblanc, P. (2009). Van Preventie naar amplitie: interventies voor optimaal functioneren. *Gedrag & organisatie*, 22(2), 118-135.
- Palací, F.J. (2005). *Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Pearson, Prentice Hall.
- Palací, F.J. & Peiro, J.M. (1995). *La incorporación a la empresa*. Valencia: Promolibro.
- Pando, M.M., Aranda, B.C., Parra, O.L., & Ruiz de Chavez, D. (2013). *Eugenesia laboral- Salud Mental positiva en el trabajo*. Universidad Libre Seccional Cali, Colombia.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J.K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones Positive Psychology: Research and practice. *Terapia psicológica*, 31(1) 11-19.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología Positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17,3, 319-338.
- Proyer, R.T., Wellenzohn, S., Gander, F., & Ruch, W. (2015). Toward a better understanding of what makes positive psychology interventions work: predicting happiness and depression from the person intervention fit in a follow-up after 3.5 years. *Appl Psychol*, 7, 108–128.

- Rodríguez, R.R.O. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en salud*, 7(2) 105-111.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sacker, A., & Schoon, I. (2007). Educational resilience in later life: Resources and assets in adolescence and return to education after leaving school at age 16. *Soc Sci Res*, 36, 873–96.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Estudios Financieros*, 303, 179-214.
- Salanova, M. (2008). La Psicología de la Salud Ocupacional Positiva- Entrevista a Marisa Salanova. Infocop. En http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1853. Infocop 30/04/2008 6:00:00. Ultimo acceso: 15 Junio 2015.
- Salanova, M., del Líbano, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. (2013). Engaged, workaholic, burned-out or just 9-to-5? Toward a typology of employee well being. *Stress & Health*, 30(1), 71-81.
- Salanova, M.; Martínez, I.M. y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización*. Madrid: Pearson Prentice Hall, pp. 349-376.

- Salanova, M., & Schaufeli, W.B. (2009). *El engagement de los empleados. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova, M.S., & Schaufeli, W.B. (2004). El Engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de recursos humanos. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, 261, 109-138.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J Organ Behav*, 25, 293–315.
- Seaward, B.L. (1994). Alternative medicine complements standard. Various forms focus on holistic concepts. *Health Progress*, 75(7) 52-57.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *Am Psychol*, 55, 5–14.
- Seligman, M. (1998). Building human strength: psychology's forgotten mission. En APA monitor. Vol. 29, No. 1. Enero 1998. Disponible en: www.apa.org/monitor/jan98/press.html. Ultimo acceso 3 de Junio de 2015.
- Seligman, M. (1998). *Positive social science*. APA Monitor, 29(4), 2-5.
- Seligman, M. (2011). "Flourish". Royal Society of Arts. Video recuperado de <http://www.thersa.org/events/video/vision-videos/martinseligion>.

- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Sharp, T.P. (2008). Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *15*(5) 374-8.
- Shuck, B., & Rose, K. (2013). Reframing employee engagement within the context of meaning and purpose: implications for HRD. *Adv Dev Hum Resour*, *15*, 341–355.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*, *58* (8) 1483-99.
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65* (5), 467–487.
- Spector, P. (2002). *Psicología industrial y organizacional: investigación y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Stefano, G.B., Benson, H., Fricchione, G.L., & Esch, T. (2005) Editor. *The Stress Response: Always Good and When It Is Bad*. New York, NY, USA Medical Science International.

- Turner, N., Barling, J., & Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. En Snyder, C.R., & López, S. (Eds.). *The handbook of positive psychology* (pp. 715-730). Oxford: Oxford University Press.
- Van Oosten, E.B. (2006). Intentional change theory at the organizational level: a case study. *J Manag Dev*, 25, 707–717.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., & Gómez, D. (2009). El bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wichers, M., Myin-Germeys, I., Jacobs, N., Peeters, F., Kenis, G., Derom, C., Vlietinck, R., Delespaul, P., & Van Os, J. (2007). Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life. *The British Journal of Psychiatry*, 191(3), 218-223.
- World Health Organization. (2002). Strengthening mental health. Resolution of the Executive Board of the WHO. Geneva. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea552.pdf
- Yuan, Q., Liu, S., Tang, S., & Zhang, D. (2014). Happy@Work: protocol for a web based randomized controlled trial to improve mental well-being among an Asian working population. *BMC Public Health*, 14(685).

CAPÍTULO II

LAS FORTALEZAS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Manuel Pando Moreno

La Salud Ocupacional como sabemos, no abarca solo a la Salud Mental en el trabajador y en su concepto más genérico incluye los procesos de morbi- mortalidad del mismo. Por ahora, nos estamos restringiendo al proceso positivo de Salud Mental que puede obtenerse en un trabajo bien diseñado, pues como repetimos constantemente (Pando, 2006) “... *el trabajo no cura ni enferma a nadie, son las condiciones de éste las que pueden ser eugénicas o patogénicas...*” por lo mismo, “las aspiraciones de un trabajador hoy en día, no deben limitarse a el hecho de no sufrir accidentes ni enfermedades laborales al final de nuestra jornada laboral, la organización del trabajo puede crear sentimientos de confianza en sí mismo, elevar la autoestima en el trabajador, mejorar las redes sociales de

apoyo laborales y extra laborales, incrementar la satisfacción, y otros indicadores positivos de Salud Mental” (Pando, 2012).

Entre esos indicadores positivos de Salud Mental queremos aquí presentar y discutir los alcances de dos elementos de gran relevancia en la Psicología Positiva y en la Salud Ocupacional, nos referimos primero al concepto de “flujo” de Mihály Csíkszentmihályi, y segundo al de “job crafting” de Wrzesniewski and Dutton.

El fenómeno de flujo estaba presente en los pensadores de culturas asiáticas desde hace muchísimos años, el concepto de “yu” apareció hace 2.300 años en las escrituras del erudito taoísta ChuangTzu. Yu es un sinónimo de la manera correcta de seguir el camino, o Tao: se ha traducido como “vagar”; como “caminar sin tocar el terreno”. ChuangTzu creyó que yu era la manera apropiada para vivir, es decir, sin preocuparse por las gratificaciones externas, espontáneamente, con un compromiso total puesto en la tarea que se realiza (Pando, 2012).

En nuestra cultura Mihály Csíkszentmihályi, nacido en Rijeka, Croacia, el 29 de septiembre de 1934, profesor de psicología en la Universidad de Claremont, en California, Estados Unidos, es uno de los más importantes referentes en la teoría del flujo. Csíkszentmihalyi empleó la palabra flujo para denominar la experiencia óptima, motivado porque esta palabra fue utilizada por muchas de las personas entrevistadas a través de sus investigaciones, para describir el estado mental de satisfacción que sentían en determinados momentos al realizar sus actividades, los entrevistados explicaban que esta palabra describe la emoción del movimiento sin esfuerzo, el esfuerzo sin sacrificio y con sentido de satisfacción.

Montoro (2013) señala que Csíkszentmihalyi, en los años setentas, sintió un enorme interés por la calidad de las experiencias de artistas que pasaban numerosas horas pintando o esculpiendo con gran concentración. Lo que despertó su curiosidad para conocer cómo se sentían, qué es

lo que vivían interiormente y tras sus estudios, elaboró la teoría de flujo.

Desde entonces el *flujo* se ha convertido en un término técnico en el campo de la “motivación intrínseca” y del “bienestar psicológico subjetivo”. (Vielma, 2011).

Como señalan Novak y Hoffman (1997) aunque dar una idea intuitiva de lo que es el flujo es relativamente fácil, no hay una definición común en todos los investigadores. Sin embargo, en la mayoría de ellas aparecen el disfrute, interés intrínseco y concentración profunda. Es decir, el flujo abarca aspectos de emoción, motivación y cognición (Montoro, 2013).

Reeve (1994) describe el flujo como estados de profunda concentración en la tarea que se está llevando a cabo, en los cuales el ser se aísla de lo que sucede a su alrededor, olvidándose de sí mismo y de sus problemas, y perdiendo, en ocasiones, la noción del tiempo. Durante este estado, la persona siente que tiene el control sobre sus habilidades y la actividad, así como una sensación de acción

sin esfuerzo. Todo esto provoca una experiencia intrínsecamente gratificante, que lleva a la persona a repetir la actividad para volver a experimentar esas sensaciones una y otra vez.

Se asume que para la aparición de estados de flujo incide la tarea, la persona y el entorno en el que se realiza, pero diferentes autores en diferentes momentos dan un valor determinante a uno u otro de estos elementos, lo cual, como veremos más adelante es muy relevante para la concepción del fenómeno y para su aplicación en ámbitos laborales.

“En concreto, Nakamura y Csikszentmihalyi (2002) sostienen que para que dicha experiencia se produzca es necesario proporcionar metas claras, retroalimentación inmediata y un equilibrio entre las habilidades del sujeto y el desafío que propone la actividad” (Montoro, 2013: 245).

Se afirma, que una actividad es gratificante para un sujeto si le enfrenta a un desafío que cree que puede superar.

Cuando la persona no encuentra la actividad desafiante, siente apatía; si los desafíos son percibidos como demasiado altos se siente frustración y ansiedad; y, si los desafíos son demasiado bajos en relación a sus capacidades siente aburrimiento.

El papel de la ansiedad en la actividad humana ha sido tratado por muchos teóricos de la psicología, queremos resaltar el lugar que le da la teoría de los Grupos Operativos a través de autores como Pichón Riviere, o Bleger.

En Grupos Operativos se asume que sin ansiedad no se puede operar de la mejor manera, y con mucha, tampoco. “El nivel óptimo es aquel en el cual la ansiedad funciona como señal de alarma. Al respecto, hay dos conductas grupales extremas y típicas; una es aquella en la cual hay mucha ansiedad y falta distancia, y otra, aquella en la cual no hay ansiedad y el grupo no trabaja; ya “lo saben todo” y no hay dudas, de modo que resulta bloqueada la aparición de todo nuevo emergente” (Bleger, 1986).

La ansiedad en niveles muy elevados producirá conductas de agresión o fuga, mientras que en niveles bajos genera la apatía; es importante poder localizar un monto de ansiedad operativo o productivo para el individuo y el grupo.

En el grupo operativo, pueden existir tres reacciones típicas, según el tipo de ansiedad predominante; una es la reacción paranoide, otra la depresiva, y la tercera, la confusional, que aparece cuando el objeto sobrepasa la capacidad de discriminación y de control del Yo (Bleger, 1986).

Jackson y Csikszentmihalyi (2002), citados por Montoro (2013) representan esta situación mediante el Modelo de los cuadrantes de flujo (Figura 1).

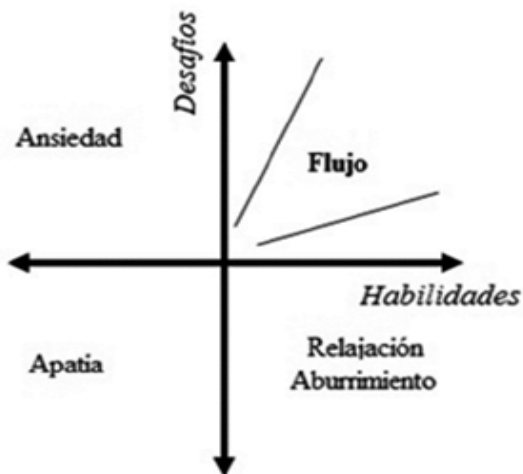


Figura 1. Modelo de los cuadrantes de flujo Montoro (2013)

Jhorima Vielma (2011: 91) señala cinco características estructurales de la aparición de la experiencia del flujo:

- a. La persona se siente intrínsecamente motivada, independientemente del valor monetario o social de la actividad, una vez que sus desafíos se han equilibrado con sus habilidades. La actividad se realiza por la satisfacción que proporciona en sí misma: la actividad es autotélica.

b. Al estar sumergida en la tarea, la persona se ha olvidado de sí misma y de cómo ha transcurrido el tiempo. Han desaparecido de su conciencia los estímulos irrelevantes (preocupaciones, inquietudes, necesidades del ego) y tiene la sensación de haber trascendido sus propios límites en armonía con un orden superior de la realidad (sentimiento de goce creativo): la mente está concentrada.

c. La persona tiene una sensación generalizada de bienestar que relaciona con la conciencia ordenada, la satisfacción y la felicidad: el estado de ánimo es positivo.

d. La persona logra darse cuenta de que las oportunidades del entorno son congruentes con sus habilidades percibidas para actuar y éstas se han ajustado de igual forma a sus propias metas, experimentando así una sensación de control potencial dado que la actividad le ha facilitado disfrutar de lo que hace. En tales casos, la persona experimenta disfrute cuando observa un aumento en sus

habilidades al enfrentar nuevos y mayores desafíos; tiene la sensación de un crecimiento en la complejidad del self.

e. La persona tiene metas claras ante una actividad física o mental y está focalizada en ellas obteniendo una información inmediata acerca de lo que ocurre dentro de sí misma y con respecto a cómo está ejecutando la actividad: en tales casos se produce feedback entre la actuación, los resultados que obtiene y las metas”.

Y conforme al autor, si se reúnen estas condiciones, toda actividad se vuelve necesariamente autotélica y gratificante; aunque se trate de algo difícil, peligroso o rutinario. Ya que se parte del supuesto de que la experiencia del flujo no depende tanto de la situación objetiva, sino de como la persona elabore su concepción mental sobre la situación o la actividad; sobre sus habilidades, capacidades y oportunidades para la acción (Vielma, 2011).

Si bien aquí se establece que cualquier actividad puede conducir al flujo, la verdad es que la mayoría de las

ocupaciones estudiadas y los ejemplos presentados, están en actividades que de alguna manera puedes ser creativas; de hecho Vielma (2011) señala: “El trabajo realizado durante más de 35 años, en colaboración con Massimini & Carli, (1986, 1998) y sus entrevistados: científicos famosos, ganadores del premio Nobel, artistas, líderes religiosos, escritores de gran trayectoria, docentes universitarios, estudiantes dotados, deportistas, bailarines, poetas, amas de casa, adolescentes, obreros de construcción, escaladores, agricultores, monjas, minusválidos, pacientes psiquiátricos, indigentes y sobrevivientes de la guerra y de los campos de concentración”; las constantes parecen ser el reto y la creatividad.

Tras esto, uno se pregunta ¿Tiene viabilidad buscar el flujo en trabajadores de puestos realmente monótonos?

Se percibe que aparece un nuevo modelo teórico del flujo basado en la relación entre la cantidad de desafíos subjetivamente experimentados y las habilidades subjetivamente sentidas por las personas.

Luego de haberse producido este cambio conceptual en el modelo del flujo, se pudo confirmar que la experiencia de flujo empieza solo cuando los desafíos y las habilidades son de niveles superiores y se mantienen en equilibrio.

“En definitiva, se encuentran dos posturas a la hora de elegir la forma de hacer operativos los estados de flujo. A través del nivel de desafío y habilidad percibido por el sujeto, o a través de las características de los estados de flujo propuestas por Csikszentmihalyi (2003) o algún subconjunto de ellas: concentración, pérdida de la noción del tiempo, aislamiento de lo que sucede alrededor, disfrute, sensación de actuación automática o sin esfuerzo, sensación de control, establecimiento de metas claras, retroalimentación inmediata y equilibrio entre habilidad y reto”.

En este sentido, algunos autores señalan que identificar el flujo a través del equilibrio habilidad-reto no es equivalente a hacerlo mediante la concentración y el disfrute (Rodríguez, 2009), ni mediante la concentración, pérdida de la noción del

tiempo y sensación de actuación sin esfuerzo (Ainley, Enger y Kennedy, 2008)” (Montoro, 2013: 246).

Pero ya sea en la perspectiva original, basada en las características de concentración, disfrute, sensación de control; o en la posterior postura sobre el equilibrio entre reto y habilidades, se pueden seguir dos líneas que conducirán a conclusiones muy diferentes.

Por un lado puede centrarse todo en la percepción del sujeto, y aquí aparece un camino muy peligroso de culpabilizar al propio trabajador de lo enajenante y la alienación del trabajo que depende entonces no tanto de las condiciones de trabajo sino de la “experiencia subjetiva” que parece darse a voluntad del sujeto.

Por tanto si un trabajo es alienante, solo cambia tu percepción del mismo, está en tu interior la solución.

La otra línea consiste en dar una mayor relevancia a las condiciones de trabajo, siendo esas condiciones objetivas las que condicionan el nivel de reto para un trabajador que con sus

habilidades específicas ha sido colocado en determinado puesto de trabajo.

Conforme a Vielma “La complejidad de los desafíos dependerá de las programaciones genéticas y de las instrucciones socio-culturales, pero más aún de las necesidades individuales que condicionan el aprendizaje, y del mejoramiento o la modificación de las habilidades requeridas para superarlos al momento de realizar una actividad” (Vielma, 2011: 93).

Para la realización del flujo, además de las condiciones internas se reconocen algunas condiciones externas (aquí tendría que entenderse que se incluyen las condiciones de trabajo) que influyen en la posibilidad de que se dé el flujo son concebidas como las “dimensiones contextuales que intervienen en el flujo”.

“La experiencia del flujo también está relacionada con factores externos influyentes y contingentes: el tipo de

actividad; el entorno físico y el entorno social (contexto interpersonal)” (Vielma, 2011: 95).

Existen tres tipos de actividad pueden producir el flujo en la vida cotidiana, primero, las actividades productivas; que por lo general demandan una mayor cantidad de energía psíquica, fuerza de voluntad, concentración y tiempo. El segundo tipo son las actividades de mantenimiento de la persona que hacen posible la realización de las actividades productivas; comer, dormir, descansar, cuidar la apariencia personal, trasladarse de un lugar a otro, etc.

En el tercer tipo se incluyen las actividades de ocio activo y de ocio pasivo: actividades lúdicas, leer, recrearse o divertirse, compartir intimidad sexual y practicar un hobby para las primeras, y las actividades en las que la persona no tiene objetivos concretos o claros, ni atención focalizada en un aspecto específico de la actividad que realiza para las segundas.

En cuanto al entorno socio cultural se pone a consideración si las personas han aprendido a tomar consciencia del mismo y si han asumido su responsabilidad de transformarlo creativamente.

“Se han identificado tres contextos socio-culturales en que la gente suele pasar su tiempo en la vida diaria. En primer lugar, el contexto social de los extraños es el espacio público donde se evalúan las propias acciones, se compite por los recursos, se establecen relaciones de cooperación y solidaridad con los demás y se canaliza el desarrollo del propio potencial personal con base a estándares establecidos extrínsecamente. En segundo lugar, el contexto social de la familia es aquel conformado por las personas con quienes se convive, se guarda mayor proximidad o cercanía, se han establecido acuerdos, responsabilidades y vínculos afectivos, independientemente de que existan o no relaciones de parentesco. En tercer lugar, el contexto íntimo solitario es aquel escenario en donde el elemento distintivo es básicamente la

ausencia de otras personas y el estar consigo mismo en soledad; un interesante desafío en cuanto a la experiencia del flujo” (Vielma, 2011: 95-96).

No obstante el reconocimiento incipiente de estas “condiciones externas” para lograr la experiencia del flujo, el desarrollo teórico del mismo continúa presentando demasiadas recomendaciones a modo de *“la solución está en ti”*, como cuando señalan aspectos como: “Cada persona puede construir el self de acuerdo a metas que estén en consonancia con la evolución cultural”, “orientar el vivir conforme a una creciente fe evolutiva”, “Los individuos que desarrollen su singularidad al máximo, y que al mismo tiempo se identifiquen con los grandes procesos que tienen lugar en el cosmos, no estarán atados a la soledad de sus destinos individuales” (Csikszentmihalyi, 2008, pp. 35).

En conclusión, estas premisas o enfoques, dificultan el incorporar la teoría del flujo a nuestro modelo de la salud mental positiva laboral, que asume que las condiciones de

trabajo tienen un papel al menos igual (en ocasiones más condicionante) que la voluntad o las posturas asumidas por el trabajador y nos resulta difícil incorporar la idea de que la salud mental positiva dependerá de los estados de consciencia y la voluntad que desarrolle el trabajador.

Capital Psicológico

“Capital Psicológico” (CapPsi) es un término relativamente reciente y que ha sido ligado al Comportamiento Organizacional Positivo (Ponce, 2012).

“De manera simple, el CapPsi puede ser visto como la capacidad de saber “quién eres tú” y “qué puedes llegar a ser en términos de desarrollo positivo”. En este sentido, se diferencia del capital humano “qué conozco”, del capital social “a quién conozco”, y del capital financiero “qué tengo” (Luthans, Youssef y col., 2007)” (Ponce, 2012: 174).

Conforme a Luthans, Youssef y col. (2007) los fundamentos teóricos del concepto de Capital Psicológico

están sentados en la teoría de la psicología positiva de las “emociones positivas” desarrollada por Fredrickson (2002).

“El capital psicológico (Luthans, Youssef y col., 2007) el cual hace parte del llamado comportamiento organizacional positivo (Luthans, 2002), que surge de la teoría e investigación en psicología positiva, aplicada al contexto laboral (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000)”. (Contreras y Juárez, 2013:249).

Se señala a Luthans y sus colaboradores como quienes iniciaron el concepto, “definiéndolo como «estado psicológico positivo de desarrollo de un individuo que se caracteriza por: (1) Tener confianza (autoeficacia) en sí mismo para emprender y dedicar el esfuerzo necesario para lograr el éxito en tareas desafiantes; (2) hacer atribuciones positivas (optimismo) sobre tener éxito ahora y en el futuro; (3) ser perseverante en el cumplimiento de metas, y, cuando sea necesario, reorientar las trayectorias de las mismas; y (4) cuando se está abrumado por los problemas y la adversidad, ser capaz de aguantar y recuperarse (resiliencia) para alcanzar el éxito»” (Bakker A.,

2012: 68). Las contribuciones de las variables del Capital Psicológico Positivo son las siguientes:

Contenidos del Capital Psicológico Positivo

Constructo	Direccionalidad	Contribución
Autoeficacia (Confianza)	Centrado en el presente y hacia el futuro	Provee apertura a los desafíos y voluntad para realizar esfuerzos en la consecución de los objetivos.
Esperanza	Centrado hacia el futuro	Provee las metas y el deseo de alcanzarlas. Implica planificar o responsabilizarse estratégicamente para permitir el logro de resultados.
Optimismo	Centrado hacia el futuro	Provee mediadores entre el impacto negativo de los eventos desfavorables y la expectación positiva frente al futuro, así como también mejora y aprovecha el impacto positivo de los eventos favorables.
Resiliencia	Centrado en el pasado y en el presente	Provee la recuperación sobre eventos desfavorables o factores de estrés previos o presentes y mantiene (o excede) el status quo.

Fuente: Page & Ross (2004) citado en Fernández, I. (2013)

Sin embargo, también se señala que otros constructos de la Psicología Positiva también pueden ser incluidos en el futuro. Algunos ejemplos son el compromiso organizacional, el bienestar psicológico, la pertenencia psicológica, la sabiduría, el coraje y el perdón (Ponce, 2012).

“El CapPsi puede resultar atractivo para las organizaciones porque es un estado durable. No es tan volátil como un estado de ánimo, ni fijo como un rasgo de la personalidad (Luthans, Avey, y cols., 2006). En este planteamiento de que el CapPsi es un estado y por tanto una capacidad desarrollable, se señala que se parte de los trabajos de Conley (1984), quien encontró que los constructos de “auto-opinión” son más maleables que los rasgos de la personalidad o la inteligencia, los cuales son relativamente más estables en el tiempo. Hay evidencia preliminar de que el CapPsi puede ser desarrollado en una corta y focalizada intervención de grupo” (Ponce, 2012: 175).

Aunque los estudios sobre Capital Psicológico son relativamente recientes, son también bastante numerosos, así Contreras y Juárez presentan una revisión de estudios que incluye diversas investigaciones; “el Capital Psicológico se ha asociado con el nivel de desempeño, bienestar y satisfacción laboral (Luthans et al., 2007; Luthans et al., 2005; Peterson y Luthans, 2003), con el comportamiento ciudadano, mayor identificación y compromiso del trabajador con la organización, menor frecuencia de conductas problemáticas en el lugar de trabajo (Norman et al., 2010; Youssef y Luthans, 2007) y mejor manejo del estrés laboral (Avey, Luthans y Jensen, 2009). Por el contrario, los trabajadores con bajo nivel de capital psicológico, se muestran más despreocupados, tienen mayor tendencia a abandonar el cargo y suelen presentar más conductas disruptivas que afectan sus relaciones interpersonales (Avey et al., 2010)” (Contreras y Juárez, 2013: 250).

Mientras que Ponce (2012: 175) afirma que “las investigaciones han demostrado la importancia organizacional del CapPsi, vinculándolo al mejoramiento de importantes resultados, incluyendo el ausentismo, el compromiso organizacional (Avey, Patera y col., 2006; Larson y Luthans, 2006), y el rendimiento en el trabajo (Luthans, Avey y cols., 2010; Avey, Nimnicht y col., 2010). También hay evidencia de que el CapPsi está vinculado a comportamientos deseados y actitudes como la satisfacción y el compromiso (Luthans, Avolio y cols., 2007); además se ha relacionado el CapPsi al combate del estrés (Avey, Luthans y Jensen, 2009), a la ayuda en el cambio organizacional positivo, y en la mediación entre el soporte del clima organizacional y el desempeño (Luthans, Norman y cols., 2008)”.

Por todo lo anterior, puedes considerarse al CapPsi como un elemento en el que vale la pena que las organizaciones inviertan, pues es una capacidad desarrollable

en sus trabajadores y se encuentra relacionada con el crecimiento sostenido y el alto desempeño.

Eugenesia Laboral

El concepto de trabajo en nuestra sociedad frecuentemente presenta una perspectiva negativa, ya sea desde su etimología “al ser una palabra derivada de *tripálium*, palabra que significa (instrumento de tortura de tres palos), aplicado a los esclavos o siervos que no se afanaban lo suficiente en su actividad” (Fernández, 2008: XI); o las menciones en la Biblia, en el pasaje del Génesis (3:17) “ahora la tierra va a estar bajo maldición por tu culpa; con duro trabajo la harás producir tu alimento durante toda tu vida. La tierra te dará espinos y cardos, y tendrás que comer plantas silvestres. Te ganarás el pan con el sudor de tu frente”.

Sin embargo, en la postura de la Eugenesia Laboral “... *el trabajo no cura ni enferma a nadie, son las condiciones de éste las que pueden ser eugénicas o patogénicas*”, (Pando,

2006) por lo mismo, “las aspiraciones de un trabajador hoy en día, no deben limitarse a el hecho de no sufrir accidentes ni enfermedades laborales al final de nuestra jornada laboral, la organización del trabajo puede crear sentimientos de confianza en sí mismo, elevar la autoestima en el trabajador, mejorar las redes sociales de apoyo laborales y extra laborales, incrementar la satisfacción, y otros indicadores positivos de salud mental que desarrollaremos a lo largo de este libro” (Pando, 2012).

En la actualidad, el interés en la Eugenesia Laboral para el fomento de Salud y Calidad de Vida en el Trabajo, traducida en la mejora continua de las condiciones de trabajo y Bienestar del Trabajador (Pando *et al.* 2004) debería ser una meta para cualquier empresa o institución privada o del gobierno.

De igual modo, debiéramos acercarnos con una visión positiva a la Salud Mental en los trabajadores y a las condiciones de trabajo que promuevan esta Salud Mental; pues

como comenta Sánchez (1991) la visión negativa, propia del modelo médico hegemónico que la entiende como ausencia de enfermedad o trastorno mental, podría ser útil, si acaso, para la prevención del trastorno mental, pero no para la promoción de la Salud Mental.

En la cultura occidental son pocos los autores que aportan al concepto de Salud Mental Positiva, por lo que es muy importante destacar esfuerzos como el de Marie Jahoda (1958).

“Marie Jahoda realiza su libro por encargo de la *Joint Commission on Mental Illness and Health* norteamericana en 1955 y es quizá la primer obra completa sobre el tema de la Salud Mental. Al igual que en otros autores, en su trabajo destaca el señalamiento de criterios o características propias de la Salud Mental en los individuos; en su caso, señala i) Actitudes positivas hacia sí mismo como la autoaceptación y confianza en sí mismo, ii) Crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo, iii) Integración del sí mismo o la

personalidad, iv) Autonomía o autodeterminación, como proceso y como resultado comportamental, v) Percepción correcta de la realidad, lo cual incluye tanto la percepción razonablemente objetiva del entorno, como la empatía y sensibilidad social; y vi) Dominio y control (razonablemente posible) del entorno, como proceso y como resultado de ese proceso.

Es importante resaltar que Jahoda reconoce que no existe ningún concepto comprensivo totalmente aceptable de salud o enfermedad mental y que las normas y estándares de comportamiento saludable varían con el lugar, tiempo, cultura y expectativas del grupo social. Marie Jahoda sienta las bases para lo que otros autores presentaron posteriormente con otros nombres como psicología positiva, aún sin poder saber si estos autores conocieron o no la obra de Jahoda” (Pando, 2012).

Con el nombre de Psicología Positiva; impulsado por Silegman, el abordaje positivo de la Salud Mental o de la

psicología; tomó nuevos ímpetus y se multiplicaron los trabajos en referencia al tema.

Según Paludo (2007), “en cinco años, ha habido gran expansión y mucho ha ocurrido en este movimiento científico; Hay un gran número de artículos y libros publicados, como se muestra en la literatura (Aspinwall & Staudinger, 2003; Compton, 2005; Keyes & Haidt, 2003; Snyder y López, 2003; Peterson y Seligman, 2004; Schmuck & Sheldon, 2001; Snyder y López, 2002)”.

Existe también un grupo de estudios centrados en lo que puede asumirse como indicadores de la Salud Mental Positiva, que permite visualizar en el ser humano una serie de "desarrollos" que su presencia o ausencia no indican ninguna psicopatología pero si una "calidad" de la salud mental en el individuo.

“De estos indicadores podemos encontrar algunas aproximaciones en estudios como los realizados por Brockner (1983, 1988) quien formuló la hipótesis de que las personas

con baja autoestima suelen ser más vulnerables a los eventos del entorno que las que tienen un nivel elevado de autoestima.

Ganster y Schaubroek (1991) plantearon la posibilidad de que la función moderadora de la autoestima sobre los efectos de los estresores obedezca a la falta de confianza que las personas con bajo nivel de autoestima experimentan en su capacidad para influir en su entorno social”. (Pando, 2012).

El “locus de control” (LOC) es otro elemento que cuenta con el potencial adecuado para trabajarse como un indicador de Salud Mental Positiva en los ambientes laborales.

Rotter (1966), es considerado el iniciador del concepto y lo entiende como una característica estable que actúa como modulador de la respuesta de estrés.

“El locus de control se define como la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con la conducta del sujeto o, por el contrario, la creencia de que los refuerzos que siguen a la acción están bajo el control de otras personas, están

predeterminados o son incontrolables, puesto que dependen de fuerzas como el destino o el azar” (Ortín, 2008:102).

Las condiciones laborales y los aspectos de internacionalización o globalización del trabajo influyen fuertemente en las maneras en que el LOC se presenta en los trabajadores. Se ha señalado que cómo las personas son más propensas a desarrollar determinados tipos de control, de acuerdo a la región en que habitan o por estar próximas o no a fenómenos como la industrialización, la globalización; que los pone en contacto continuo con otras culturas.

Smith, Trompenaars y Dugan (1995) realizaron un estudio con participantes provenientes de 43 países, a los cuales se les aplicó la escala original de locus de control de Rotter (1966) con el objetivo de identificar las similitudes y diferencias entre diferentes regiones y sociedades. Los autores corroboran lo ya mencionado, es decir, las personas provenientes de Europa y Estados Unidos presentan mayormente rasgos relacionados con la atribución de los éxitos

y fracasos a sus propios actos personales y/o individuales; por otro lado, las naciones asiáticas y latinoamericanas resultaban ser más dependientes a la afiliación de grupos sociales y colectivos como determinantes de su percepción de control combinado con algunos rasgos que tienen que ver con el azar y el destino (Laborín, 2008:65-66).

“Por otro lado, el concepto de Work Engagement, ha nacido vinculado a la “Psicología Positiva”, trata de favorecer los aspectos positivos de la vida humana, relegando a un segundo plano o restando importancia a los avatares poco afortunados que presenta el ciclo vital (Seligman, 2000). El Work Engagement es visto aquí como un concepto motivacional positivo relacionado con el trabajo y la vida, que está enfatizado por el vigor, la dedicación y la absorción. Es una forma de ver los sucesos vitales del sujeto no siendo centralizado en un objeto o conducta” (Pando, 2012:11).

Mucho tiene que ver la forma como se concibe el trabajo para poder verlo como una fuente de salud mental positiva pero

hay que comprender que no se trata solo de acto de voluntad por parte de la persona, las actitudes, emociones y respuestas conductuales del trabajador están íntimamente ligadas a las condiciones de trabajo en que se encuentre inmerso y muy en especial a los llamados Factores Psicosociales del Trabajo.

Referencias

- Bakker, A., Rodríguez-Muñoz, A. & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*. 24 (1), 66-72.
- Bleger, J., (1977). “Grupos operativos en la enseñanza”, *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*, (pp. 55-86). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Csikszentmihalyi, M. (2008) *Aprender a Fluir*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Contreras, F. & Juárez, F. (2013) Efecto del capital psicológico sobre las prácticas de liderazgo en pymes colombianas. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)* 18 (62), 247–264.
- Fernández, I. (2013) Ignacio Fernández: Capital Psicológico Positivo. Consultado en: <http://ignaciofernandez.blogspot.mx/2013/06/capital-psicologico-positivo.html>.
- Fredrickson, B. L. (2002). “Positive emotions”. En: Snyder R., y López S. (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 120–134). Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Laborín, J. F., Vera, J. A., Durazo, F. F. & Parra, E. M. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas. *Psicología desde el caribe*. N° 22.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in

- People for Competitive Advantage. *Organizational Dynamics*, 33 (2), 143–160. Doi: 10.1016/j.orgdyn.2004.01.003
- Montoro, A. B., Gil, F. & Moreno, M. F. (2013) Experiencias de flujo en el aprendizaje de las matemáticas. *European Scientific Journal*, 9 (20), 243-262.
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2002). “The concept of flow”. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (89-105). New York: Oxford University Press.
- Ortín, F. J., Olmedilla, A., Garcés, E. J. & Hidalgo, M. D. (2008). Locus de control y vulnerabilidad a la lesión en fútbol semiprofesional y profesional. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8 (2), 101-112.
- Paludo S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicología Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 11-20.
- Pando, M., Aranda, C., Zambrano, J. M. & López, I. (2011) Factores Psicosociales de Riesgo, Burnout y Work Engagement en Empleados de Pequeñas Tiendas Comerciales de Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(3), 21-27.
- Pando, M., Aranda, C., Parra, L. & Ruiz, D. (2012) *Eugenesia Laboral: Salud Mental Positiva en el Trabajo*. Cali, Colombia: Universidad Libre Seccional.
- Polo, J. D., Palacio, J. E., De Castro, A. M., Mebarak, M. R. & Velilla, J. L. (2013) Riesgos psicosociales: la psicología

- organizacional positiva como propuesta de promoción, prevención e intervención. *Salud Uninorte*, 29 (3), 561-575.
- Ponce, J. C. & Yáber, G. (2012) Capital psicológico como predictor del comportamiento organizacional ciudadano en el ambiente universitario. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 12 (2), 167-185.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción* (A.M. Lastra. Trad.). Madrid: Ed. McGraw-Hill. (Trabajo original, 1992).
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Tims, M., Bakker, A. & Derks, D. (2012) Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 173–186.
- Vielma, J. (2010). *El Bienestar psicológico subjetivo en estudiantes Universitarios: La Evaluación Sistemática del Fluir en la Vida Cotidiana*. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

CAPÍTULO III

EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN EL TRABAJO Reflexiones hacia su conceptualización y medición

Julio César Vázquez Colunga

*“Lo que no se define no se puede medir.
Lo que no se mide no se puede mejorar.
Lo que no se mejora se degrada siempre”.*
(Anónimo)

Tradicionalmente la Salud Mental ha sido evaluada a partir de la ausencia de trastornos del estado de ánimo o de psicopatología, no obstante, existen algunos autores e instituciones que en las últimas décadas se han preocupado por concebir a la salud mental desde un enfoque positivo, encontrándose en el camino con dificultades propias relacionadas a lograr una definición conceptual y operativa que hagan asequible evaluarla desde una perspectiva auténticamente salutógena.

En el ámbito ocupacional la situación no es diferente; el trabajo se ha conceptualizado principalmente con una connotación negativa, asociándolo a aspectos nocivos para la salud y como resultado, la evaluación de la Salud Mental en el contexto laboral se ha centrado en la enfermedad mental, actuando de manera reactiva ante su presencia, y en el mejor de los casos, tratando de anticiparse a ella para suprimir factores patógenos o de riesgo, sin embargo, el trabajo también provee condiciones salutógenas, aspecto que ha sido escasamente evaluado en comparación con los factores negativos.

La Salud Mental en el ámbito laboral debe ser reconceptualizada desde la Psicología Positiva, asociándola a factores que generan salud, no obstante, existe la dificultad para alcanzar una definición útil y operativa, que permita realizar su medición y en consecuencia, evaluaciones sistemáticas, con miras a incrementar la salud mental de los trabajadores, de ahí que el principal propósito de este capítulo,

es reflexionar respecto a la evaluación de la Salud Mental positiva en el trabajo, partiendo de diversos conceptos e identificando algunos instrumentos para su medición.

Salud mental y trabajo

Cada vez más se reconoce la importancia de la Salud Mental (SM) en los distintos ámbitos en que se desenvuelve el ser humano –entre los cuales destaca el trabajo-, sin embargo poco desarrollo se le ha dado desde un enfoque positivo, pero aún menor atención se ha dado al abordaje positivo de la Salud Mental en el ámbito ocupacional (Pando, Aranda, Salazar y Bermúdez, 2006; Pando, 2012).

El trabajo es uno de los ambientes que más influencia tienen en la Salud Mental de las personas, por una parte, ya que se constituye en una de sus actividades más importantes al tratarse del medio principal por el cual el individuo obtiene recursos económicos para su subsistencia y la de su familia; por otra parte, debido a que en una economía globalizada y

predominantemente neoliberal e industrializada, el trabajo ocupa un alto porcentaje de la vida, tomando en cuenta no sólo el tiempo que se le dedica en los centros de trabajo durante las jornadas ordinarias y extraordinarias, sino también por el tiempo que consume en su traslado, y en algunas ocupaciones incluso, por el tiempo invertido para su capacitación, así como para otras labores adicionales que se realizan en casa.

Así el trabajo puede ser una fuente importante de condiciones eugenésicas, especialmente tratándose de aspectos psíquicos como la autoestima, la satisfacción, la creatividad, la realización personal, el sentido de trascendencia, la percepción de estabilidad y seguridad económica, la relaciones sociales, entre otras variables que incrementan el bienestar; en este sentido, la Salud Mental Positiva (SMP), específicamente en el ámbito del trabajo, que de aquí en adelante denominaremos Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO), puede ser considerada como una de las áreas que mayor influencia tiene en la generación e incremento

de salud y Calidad de Vida de los seres humanos, por lo que se hace necesario un abordaje auténticamente positivo de la SM en el trabajo, así como para el desarrollo de los mecanismos de medición que permitan evaluarla y a partir de ello, diseñar intervenciones para gestionar de manera efectiva su promoción en el ámbito ocupacional.

La importancia de la salud mental positiva en el ámbito del trabajo

A través de la historia, la conceptualización y evaluación de la salud mental se ha abordado desde diversos contextos, aproximaciones y criterios, con normas y estándares dinámicos, que a decir de Jahoda (1958) se modifican con el tiempo, el lugar, la cultura y las expectativas de la sociedad.

Sin embargo, tradicionalmente se ha establecido una relación de salud y enfermedad como polos opuestos de un mismo continuo, en consecuencia, el tema de la salud mental ha sido manejado partiendo de la premisa de que al curar la

enfermedad se devolverá la salud; este abordaje tradicional se ha considerado negativo, en tanto que es la negación de *algo* lo que indica la presencia de la salud, es decir, se define a la salud a partir de la ausencia de otra condición (Reynoso y Seligson, 2002; Juárez, 2010).

Conceptualización evolutiva de la Salud Mental Positiva Ocupacional

Dada la naturaleza del tema que aquí nos ocupa, se hace necesario abordar la conceptualización de la Salud Mental Positiva Ocupacional, ya que el establecimiento de estándares, instrumentos y mecanismos para su medición quedan a expensas de su definición, concepción y operativa; para tales efectos, se ofrecerán de manera sucinta, algunos antecedentes del abordaje y evaluación de la Salud Mental Positiva Ocupacional, misma que al corresponder a un área de las ciencias humanas, no se ve libre de los debates teóricos y

de los cambios dinámicos vertiginosos que la propia economía impone.

El progreso en la conceptualización de la salud en general, ha sido un tema difícil de abordar desde un punto de vista auténticamente positivo, inclinándose casi siempre al abordaje negativo que pretende definirla como la ausencia de algo y no por sus propias características; existen algunas aproximaciones que buscan lograr un posicionamiento positivo, no obstante es una transición que aún no se ha concretado, y podemos observar como en muchas de estas propuestas se sigue considerando la ausencia de psicopatología o trastorno mental como principal indicador de la presencia de salud mental, mientras que algunas otras muestran de manera tácita, un enfoque reactivo, en el cual, ante la presencia de patología o de factores de riesgo, se busca intervenir, dejando de lado la verdadera promoción de la salud y devolviendo el foco de atención a la enfermedad, algunas incluso poseen características incompatibles con una salud mental

auténticamente positiva, y es por ello que me parece necesaria una breve reseña y análisis de algunas de las propuestas que considero más representativas de la Salud Mental Positiva, y que aun sin hacer referencia directa a ésta, guardan con ella alguna relación indirecta, así como de aquellas aplicables específicamente al ámbito ocupacional.

Asimismo, describiré de manera general las características y cualidades de los mecanismos existentes para la evaluación de la Salud Mental Positiva, enfatizando en la escasez de instrumentos y procedimientos aplicables al ámbito ocupacional, y que son prácticamente nulos aquellos conceptos compatibles con un abordaje de la Salud Mental auténticamente positivo en el campo laboral.

Finalmente y a manera de conclusión, planteo algunas consideraciones y propuestas para un abordaje auténticamente positivo de la Salud Mental en el trabajo, así como para el desarrollo de los mecanismos de medición que permitan evaluarla y a partir de ello, diseñar intervenciones para

gestionar de manera efectiva su promoción en el ámbito ocupacional.

Antecedentes de la evaluación de la salud mental en el trabajo

El primer problema al que nos enfrentamos al intentar medir algo intangible, corresponde a la determinación de una definición conceptual clara y operativa, ya que si bien existen definiciones de salud, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas se convierten en propuestas meramente declarativas pero que no se pueden operar de manera útil, resultando en una amplitud que las hace quiméricas, máxime si se trata específicamente de la salud mental en términos positivos; ante esta dificultad encontramos esfuerzos importantes encaminados a definir el concepto y los componentes que la Salud Mental Positiva debe tener, no obstante no se ha alcanzado una conceptualización auténticamente positiva y al realizar un análisis de estas

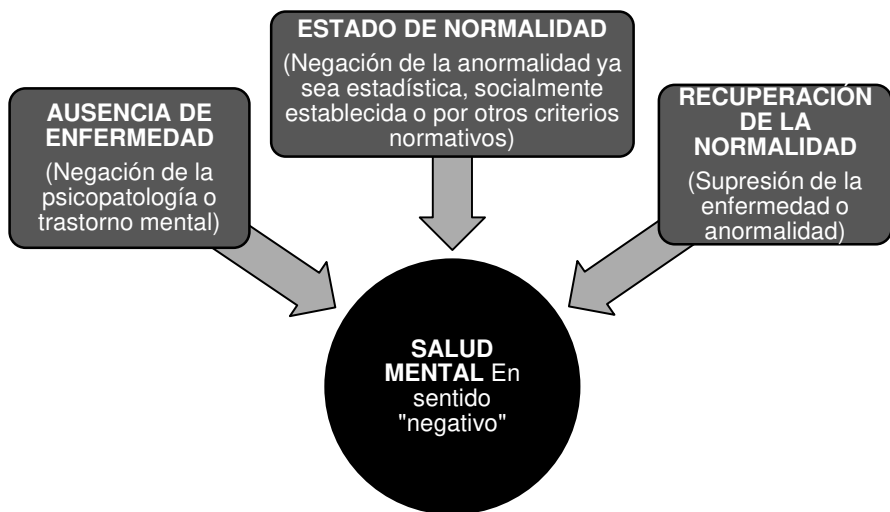
aportaciones, la mayoría resultan incompatibles con elementos que aunque han sido considerados como positivos, denotan en realidad un estado incipiente de transición al que he denominado abordaje mixto.

La salud mental como ausencia de enfermedad

Desde la conceptualización tradicional de la Salud Mental resulta imposible la evaluación de la Salud Mental Positiva, en tanto que al concebirse como la ausencia o supresión de psicopatología, trastorno mental o anormalidad, se encuentra ligada a indicadores negativos (Figura 1), por lo que realmente se evalúa la ausencia de enfermedad, más no la presencia de salud; en este sentido, para evaluar la Salud Mental Positiva se hace necesario contar con un constructo claro y operativamente útil, ligado a indicadores positivos que permitan evaluar la presencia de salud y no la ausencia de enfermedad.

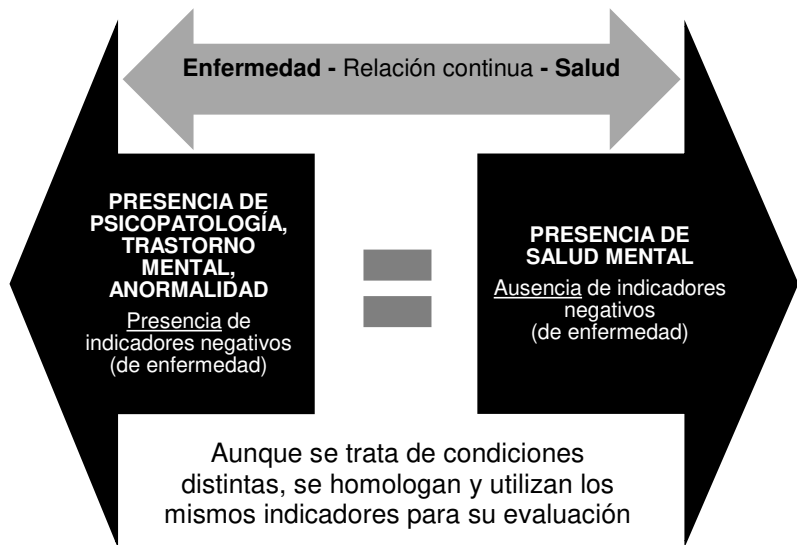
De esta manera, la evaluación desde el abordaje tradicional se ha centrado en evaluar la ausencia de indicadores de enfermedad -en este caso, de psicopatología o trastorno mental o del estado de ánimo- más no la presencia de indicadores de salud mental. Esto se convierte en un problema operativo, al no tener una definición clara de la misma a partir de sus cualidades, y en este sentido, homologando indicadores de salud a indicadores de enfermedad (Figura 2).

Figura 1. Conceptualización tradicional de la salud mental



Fuente: elaboración propia

Figura 2. Evaluación tradicional de la salud mental



Fuente: elaboración propia

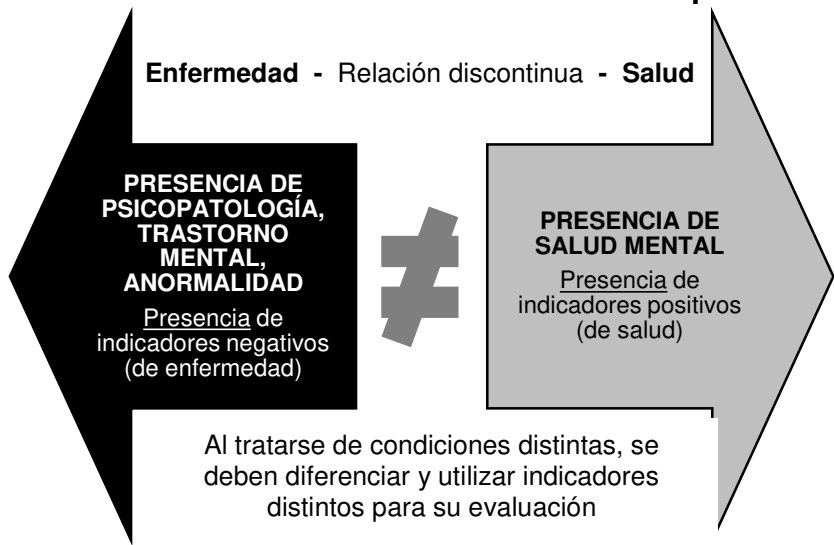
Preponderancia del abordaje negativo de la Salud Mental

La mayoría de las aproximaciones a la conceptualización de la Salud Mental asumen de manera reactiva, un abordaje negativo, enfocado en la psicopatología, los trastornos mentales, agentes patógenos y –recientemente- a los inmunógenos, mientras que son pocas las aproximaciones que

abordan el tema desde una perspectiva verdaderamente positiva, y escasas las desarrolladas específicamente para el ámbito ocupacional; asimismo, en esta área es prácticamente nulo el desarrollo de instrumentos válidos y fiables para su evaluación.

Respecto a lo anterior, reconozco que no todas las aproximaciones han sido negativas, existiendo desde hace algunas décadas, esfuerzos por lograr una nueva conceptualización de la Salud Mental a partir de sus propias características, diferenciándola así de la psicopatología, trastorno mental y anormalidad, y por lo tanto, evaluando su presencia a través de indicadores positivos; esta nueva aproximación surge en contraste con el abordaje tradicional y ha sido denominada como abordaje positivo (Figura 3).

Figura 3. Evaluación de la auténtica Salud Mental positiva



Fuente: elaboración propia

Es así, que una aproximación a la Salud Mental auténticamente positiva debe ser definida y evaluada a partir de cualidades propias, y no a partir de la ausencia de otra condición -ya que esto implicaría una postura negativa- por lo que su evaluación debe centrarse en medir la presencia de indicadores positivos y no en asumir que la ausencia de

indicadores negativos es sinónimo de salud; asimismo, debe abordarse con un enfoque proactivo centrado en la promoción de la propia salud, es decir, desde un posicionamiento salutógeno, orientado primordialmente a la generación de círculos virtuosos y no a la supresión de círculos viciosos, ya que esto devuelve el centro de atención a la enfermedad y sus causas.

Enfoque proactivo de la Salud Mental Positiva

Al efecto, me referiré al enfoque proactivo de la Salud Mental Positiva, como aquel que se basa en la promoción de la Salud Mental, esto es, al que no está centrado en la prevención o en el cuidado de la salud por el temor de enfermar, sino que va más allá, dedicando su atención al incremento de la salud, al desarrollo de indicadores positivos y a la potencialización de los que para el individuo representan el bienestar y acaso la felicidad, entendida en los términos que señala Carr (2007), “las sensaciones positivas como la alegría o la serenidad y

estados positivos, como los que suponen la fluidez o la absorción”. Esta última para mí, entendida como un estado de espiritualidad o trascendencia del sí mismo, sin perder la propia esencia. Siguiendo las ideas de Carr, “la psicología positiva, se ocupa de mejorar el bienestar subjetivo y la felicidad en lugar de centrarse en remediar déficits, por lo cual no sustituye a la psicología clínica tradicional, sino que la complementa”.

Con el riesgo de parecer reiterativo, quiero enfatizar que mientras las intervenciones remediales y preventivas se centran en los determinantes de la enfermedad y su objetivo es evitar la aparición de indicadores negativos o suprimirlos, la que yo llamo auténtica Salud Mental Positiva ni siquiera contempla estas dos perspectivas, en otras palabras, la promoción es objetivo de auténtica salud y en este sentido, su evaluación debe centrarse en indicadores exclusivamente positivos.

Las variantes de la Salud Mental (SM)

En mi opinión como ya lo mencioné anteriormente, aunque escasos y en algunas ocasiones confusos, no han sido nulos los esfuerzos por posicionarse desde una perspectiva clara y concreta de Salud Mental Positiva, no obstante, aquí quiero señalar lo que para mi gusto, existen variantes en la Salud Mental si nos posicionamos desde la Psicología Positiva, o bien podríamos estar hablando de sus etapas de desarrollo.

Para lo anterior, señalaré a lo que me refiero con dichas variantes que a la letra son:

a. Abordaje negativo de la Salud Mental; este enfoque se considera negativo en tanto que es la negación de algo lo que indica la presencia de Salud Mental, es decir, se le define a partir de la ausencia de otra condición; su premisa principal es Salud Mental igual a ausencia de enfermedad mental, y su objetivo fundamental es la curación. De esta manera corresponden también a un abordaje negativo, no solo aquellas aproximaciones que equiparan a la Salud Mental con la

ausencia de psicopatología o trastorno mental, sino también aquellas que equiparan a la Salud Mental con la normalidad – estadística, socialmente establecida o por otros criterios normativos ya sean clínicos o jurídicos- debido a que su postulado primordial es Salud Mental igual a la ausencia de anormalidad, o incluso, igual a la ausencia de disfunción.

En cuanto a la normalidad estadística, esta se establece en relación a un grupo de referencia, teniendo como presupuesto, que lo normal es lo que se presenta con mayor frecuencia; refiere Boorse (como se cita en Juárez, 2010), que este tipo de normalidad queda definida por el funcionamiento o eficiencia típicos de una clase de referencia o grupo de individuos caracterizados por variables como el sexo y la edad. Tratándose de la Salud Mental como normalidad, sería aquella forma de ser, estar y sentir de la mayoría de las personas (Lluch, 1999).

Encuentro varios inconvenientes en la definición de la Salud Mental- como normalidad estadística, siendo el principal

de ellos, que lo habitual no siempre corresponderá a lo saludable, así como lo inusual no siempre corresponderá a lo enfermo; pondré como ejemplo, una población donde lo común sea una elevada prevalencia de depresión, en cuyo caso, lo normal sería presentar dicha condición, resultando paradójico el que se pudiera considerar enfermo a quien no presente dicho trastorno por salirse de los criterios estadísticos; otro ejemplo sería el de una persona que destaca del resto de la población, por sus extraordinarios talentos intelectuales, pudiendo considerarse un superdotado o un genio, en cuyo caso resultaría igualmente paradójico considerarlo como un enfermo mental por estar fuera de la normalidad estadística.

Tratándose de la Salud Mental como normalidad socialmente establecida, esta es determinada por criterios socioculturales, es decir lo normal quedaría instaurado por valores, pautas y criterios sociales según la opinión y valoración de la mayoría en una población; en este sentido, menciona Lluch (1999) que una persona sana es aquella que

se adapta a los cánones establecidos en el contexto sociocultural, por lo que alguien sano sería alguien socialmente adaptado, mientras que alguien socialmente inadaptado se consideraría enfermo.

En cuanto a la definición de la Salud Mental como normalidad socialmente establecida, encuentro diversos inconvenientes, siendo el más importante, que evaluar lo sano o enfermo por decisión democrática será altamente impreciso además de poco práctico, debido a que los estándares para su valoración quedan definidos por el contexto socio histórico y cultural; de esta manera lo que en una cultura o en un determinado momento puede considerarse correcto, en otro podrá no serlo. Podría mencionar infinidad de creencias, preferencias o prácticas que no son socialmente aceptadas en nuestra cultura, pero que en otras, son apreciadas y fomentadas –o viceversa- sin embargo, no tocaré ejemplos específicos debido a que se trata de un tema de valores que puede resultar demasiado controversial, o incluso descortés.

Por último, debo hacer referencia a la conceptualización de la Salud Mental mediante otros criterios normativos como pueden ser clínicos o jurídicos; considero que implican un abordaje negativo, en tanto que siendo códigos o criterios para diagnosticar enfermedad o anormalidad, se han utilizado para medir la presencia de Salud Mental, homologando indicadores de salud a indicadores de enfermedad, es decir se busca definir a la Salud Mental a través de la ausencia de sintomatología clínica, en otras palabras mediante la ausencia de un diagnóstico clínico, a través de la no asignación de síntomas, síndromes, trastornos o enfermedades, respaldados por códigos establecidos y controlados por la comunidad científica internacional (Juárez, 2010); ejemplos de estos códigos se pueden encontrar en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés), en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ambos de la Organización Mundial de la Salud, y en el Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación Psicológica Americana.

Tratándose de los criterios jurídicos, estos quedan -en principio- establecidos por las leyes, ya sea por derecho consuetudinario o a capricho del legislador, y posteriormente sujetos a manipulación y a hermenéutica jurídica; su trascendencia es tal, que puede llegar a implicar para el diagnosticado como *mente captus*, la incapacidad para ser sujeto de ciertos derechos u obligaciones.

Sistemas clasificatorios internacionales, como el ICD, CIF y el DSM no solo tienen validez científica, sino que además tienen validez legal, ante lo cual existen diversos inconvenientes, siendo el principal, la dificultad que existe para validar la presencia de Salud Mental –sobre todo cuando la enfermedad se considera excluyente de la Salud Mental- en cuyo caso sería necesario verificar que no se cuenta con ninguno de los síntomas, síndromes, trastornos o enfermedades clasificados por estos códigos.

Antes de continuar, es preciso hacer la aclaración al lector, de que en determinado momento y determinadas circunstancias, la normalidad pudiera converger con algún nivel de Salud Mental Positiva, sin embargo, esto sería posible, si, y solo si, la normalidad –ya sea estadística, socialmente establecida o con otros criterios normativos- coincide con las características de la auténtica Salud Mental Positiva.

Continuando pues, con el análisis del abordaje negativo, considero de acuerdo a lo anteriormente expuesto, que se puede asumir negativa cualquier conceptualización de la Salud Mental que pretenda definirla a partir de la inexistencia de otra condición –ya sea enfermedad, anormalidad, o disfunción-, y evaluar su presencia a través de la ausencia de indicadores negativos; así también, puede considerarse negativo cualquier abordaje de la salud en el que se actué de manera reactiva ante la presencia de enfermedad, anormalidad, disfunción, o de factores de riesgo, buscando intervenir para rehabilitar la salud, o mejor dicho, centrándose en la enfermedad, anormalidad,

disfunción o factores de riesgo, para suprimir su presencia –es decir, rehabilitar la ausencia de cualquiera de estas condiciones- pero no con la finalidad de generar Salud Mental.

Considero que enfermedad y salud son condiciones distintas, que implican procesos distintos, y por lo tanto, indicadores distintos y no precisamente antagónicos; en este sentido refiere Pando (2012) que enfermedad y Salud Mental son dos procesos diferentes y no los opuestos de uno mismo, y los indicadores de presencia o ausencia de enfermedad son diferentes de los de salud.

Disminuir la enfermedad mental o superarla no conlleva automáticamente a conseguir Salud Mental; inhibir la primera y promover la segunda son metas distintas, que no necesariamente convergen; abordar una postura en la que se deba preservar la Salud Mental, es asumir que la enfermedad mental tiene un cauce natural. Al ser Salud Mental y enfermedad mental entidades distintas, con procesos e indicadores distintos y no antagónicos, las intervenciones para

generar Salud Mental son distintas a las intervenciones para combatir la enfermedad.

Al respecto señalan, Reynoso y Seligson (2002), que tradicionalmente los problemas de salud-enfermedad han sido manejados partiendo de la premisa de que al curar la enfermedad se devolverá la salud; podemos entonces comprender, como el abordaje negativo de la Salud Mental, centra sus tareas en la psicopatología y los trastornos mentales, en el sufrimiento, las emociones negativas, así como en las debilidades del ser humano, haciéndolo de manera reactiva con intervenciones para restituir la condición de no enfermedad, o en el mejor de los casos, buscando anticiparse a la enfermedad ante la presencia de patógenos.

De esta manera, se pueden considerar negativos todos aquellos abordajes que definen a la Salud Mental como la ausencia de enfermedad mental, de trastorno o psicopatología, pero también aquellos enfoques que la equiparan con la normalidad, en tanto que es la ausencia de la anormalidad lo

que indica la presencia de salud; por último, también podemos considerar negativos aquellos abordajes que recurren a la rehabilitación para suprimir el déficit, pero no lo hacen con la finalidad de generar salud, sino de manera compensatoria de las carencias. Señala Juárez (2010) que la rehabilitación así entendida, implica asumir una postura en la cual existe una condición irreversible que determina la salud de la persona, y que se pretende aprovechar sus capacidades residuales, no para combatir la enfermedad o mejorar su salud, sino para compensar funcionalmente el déficit existente.

Como ya se comentó, este abordaje negativo de la salud ha sido el tradicional o hegemónico, sin embargo, no ha sido el único y existen otras propuestas que -en contraposición- pretenden lograr un abordaje positivo de la salud.

b. Abordaje positivo de la Salud Mental; este enfoque busca conceptualizarla a partir de sus propias características, evaluándola a través de la presencia de indicadores positivos; en este sentido, refiere Lluich (1999) que la perspectiva positiva

pretende definir la Salud Mental a través de la salud. Su postulado básico es: "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad" y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. Considero que esto no es del todo correcto, sino, que la Salud Mental como algo más que la ausencia de enfermedad, denota cierto nivel de transición –incipiente- entre el abordaje tradicional y uno auténticamente positivo, toda vez que el principal indicador de la presencia de Salud Mental sigue siendo la ausencia de enfermedad.

De igual forma, cuando Lluch señala que esta perspectiva de la salud permite trabajar en acciones remediales y preventivas de la enfermedad, pero además de promoción de la salud, considero, se sigue manifestando un nivel de transición que no ha logrado alcanzar un abordaje realmente positivo, en virtud de que se devuelve el foco de atención a la patología y se toma primordialmente una postura reactiva que busca la supresión de una condición, en lugar de centrarse en

la generación de la salud; en este sentido, más adelante explicaré las características de este enfoque intermedio, el cual he denominado como abordaje mixto.

Por su parte, Juárez (2010) señala que la Salud Positiva es aquella que se concibe a partir de la presencia de características positivas, y que esta se deriva de la definición inicial de salud realizada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud, no obstante, considero por una parte, que los primeros antecedentes de la conceptualización positiva de la salud se remontan varios años atrás, posiblemente al año de 1932 con las aportaciones de Walter Cannon; por otra parte, al tenor de los razonamientos expuestos con anterioridad, la definición postulada por Stampar en 1945 y adoptada por la OMS en 1946, no constituye un abordaje auténticamente positivo, sino como explicaré más adelante se ubica propiamente en el enfoque mixto en tanto que no logra desligarse de la ausencia de enfermedad como indicador inexcusable de la presencia de salud.

Una perspectiva positiva de la salud, concibe a esta como el funcionamiento óptimo del ser humano, y en consecuencia, generar salud implica promover el desarrollo de sus cualidades y fortalezas (Maslow, 1954, 1968; Jahoda, 1958; Lluch, 1999); la salud debe considerarse como una condición óptima –no con una connotación utópica o difícilmente alcanzable, sino como un ideal al que resulta conveniente aspirar- por lo que la salud implica bienestar y no puede considerarse como lo contrario a la enfermedad (Colunga, Pando, Ángel y Vázquez, 2014).

Esta perspectiva positiva, retomando los pensamientos de Jahoda, requiere un ideal de salud que parte de algo mayor que la normalidad; al respecto señala Juárez (2010), que una salud como la que propone Jahoda, excede el promedio de la población, es decir, se trata de una salud superior a la zona de distribución normal donde se sitúa la mayoría, por lo cual a pesar de resultar ideal, sería deseable aproximarse a ella incrementando las características positivas.

De esta manera, la Salud Mental Positiva permite percibir en el ser humano una serie de desarrollos potenciales, cuya presencia o ausencia no indican ninguna psicopatología, pero si una calidad de la Salud Mental en el individuo (Pando, 2006, 2012).

Sánchez (1991), refiere que esta salud, es ideal como tal, pero perseguible como objetivo, está basada en las corrientes psicológicas humanistas y se vincula a conceptos como potencial de crecimiento (Carl Rogers), actualización (Abraham Maslow), o personalidad madura (Gordon Allport), como metas del desarrollo personal; en este punto debo reconocer la influencia y las aportaciones del humanismo para la Psicología Positiva y en específico para el abordaje positivo de la Salud Mental, sin embargo también debo aclarar que mi posicionamiento acerca de la Salud Mental Positiva Organizacional parte desde la Psicología Positiva.

Así, un auténtico abordaje positivo de la Salud Mental implica una actitud proactiva, que centra su atención en la

generación de salud y Calidad de Vida, en el bienestar, las emociones positivas, así como el desarrollo de los potenciales y fortalezas del ser humano; sin obviar, la importancia que tienen la prevención y atención de las enfermedades, o la rehabilitación -pero poniendo énfasis en un abordaje proactivo mediante salutogénesis o eugenesia, y no principalmente reactivo ante la aparición de la enfermedad o de los factores de riesgo, ni rehabilitario simplemente buscando la compensación de las deficiencias-.

De esta manera, podrán considerarse realmente positivas aquellas propuestas que se ocupen primordialmente de la promoción de salutógenos, en lugar de concentrarse en la enfermedad o en los patógenos; la promoción es el objetivo de la Salud Mental Positiva, mientras que solamente habrá que recurrir a acciones remediales o preventivas cuando falle la generación de salud; refiere Lluch (1999) que en la medida que hagamos promoción y potenciemos los recursos del ser humano, la prevalencia de enfermedades disminuirá.

c. Abordaje mixto de la Salud Mental; esta perspectiva constituye un abordaje intermedio entre los dos enfoques anteriores, ya que explica a la Salud Mental en términos de la ausencia de enfermedad como indicador principal, pero además considera la presencia de características positivas; asume el cauce natural de la enfermedad en la vida del ser humano, por lo cual su tarea primordial está centrada en la curación o en la prevención, en el desarrollo de inmunógenos ante la presencia de factores de riesgo, pero no en la salutogénesis o la eugenesia.

Esta perspectiva denota un estado incipiente de transición hacia un auténtico enfoque positivo de la Salud Mental; esta transición parcial explicaría como se ha transitado también de abordajes totalmente reactivos y centrados en las acciones remediales, a otros enfoques que trabajan un poco más las acciones preventivas, sin embargo no se ha logrado transitar hasta abordajes totalmente proactivos que privilegien la generación de Salud Mental.

Refiere Sánchez, (como se cita en Pando, 2012), que la conceptualización negativa de salud podría ser útil, si acaso, para la prevención del trastorno mental, pero no para la promoción de la Salud Mental.

En la siguiente tabla, se resumen los distintos tipos de abordaje de la Salud Mental y los esfuerzos por su medición.

Conceptos y tipos de abordaje para evaluar la Salud Mental

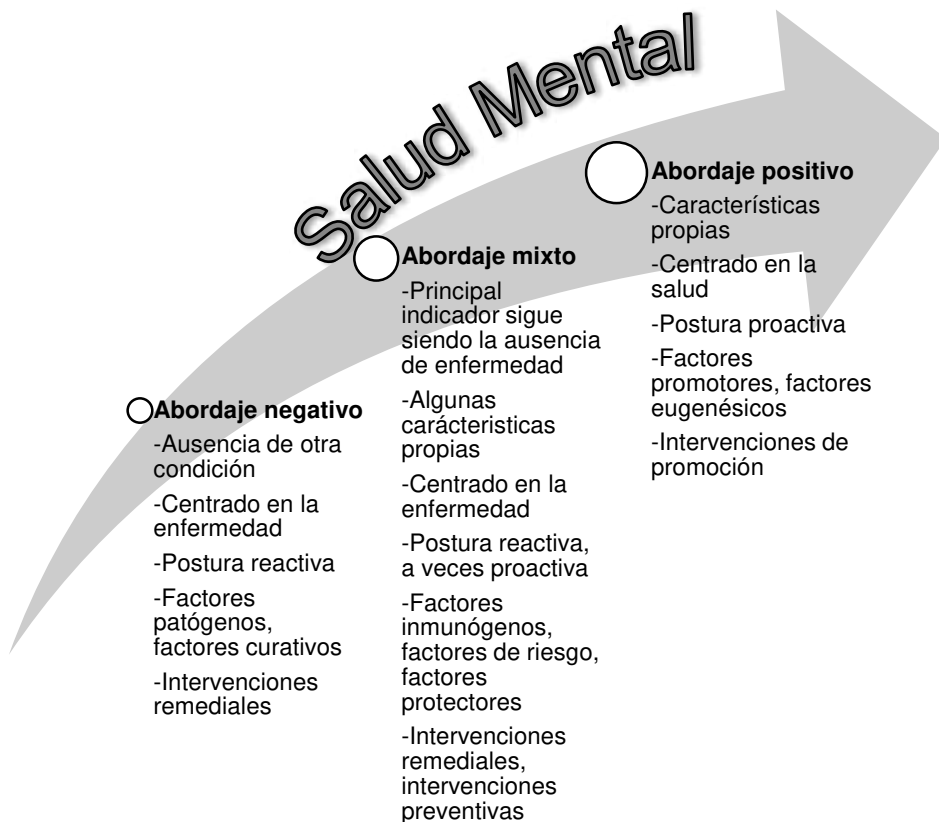
Positiva

	ABORDAJE POSITIVO	ABORDAJE MIXTO	ABORDAJE NEGATIVO
CONCEPTUALIZACIÓN	A partir de características propias (de Salud Mental)	La principal característica es la ausencia de otra condición (enfermedad mental), así como algunas características propias (de Salud Mental)	A partir de la ausencia de otra condición (enfermedad mental)
CENTRO DE ATENCIÓN	Salud Mental Promoción (factores salutógenos o eugenésicos)	Psicopatología y trastornos mentales Prevención (factores de riesgo o protectores)	Psicopatología y trastornos mentales Curación (factores patógenos y curativos)

EVALUACIÓN	Mediante la presencia de indicadores positivos (de Salud Mental)	Principalmente mediante la ausencia de indicadores negativos (de enfermedad mental), pocas veces a través de indicadores positivos ya que se sigue asumiendo que la ausencia de enfermedad garantiza la presencia de salud	A través de la ausencia de indicadores negativos (de enfermedad mental)
OBJETIVO	Generación de círculos virtuosos (de generación de Salud Mental)	Supresión de círculos viciosos (de generación de enfermedad mental)	Supresión de círculos viciosos (de generación de enfermedad mental)
POSTURA	Proactiva	Reactiva	Reactiva
GESTIÓN	Intervenciones positivas orientadas a la gestión de factores promotores, salutógenos o eugenésicos (para la generación e incremento de la Salud Mental)	Intervenciones negativas orientadas a la gestión de factores preventivos patógenos, factores de riesgo, factores protectores (para la prevención de la enfermedad mental),	Intervenciones negativas orientadas a la gestión de factores patógenos, curativos (para la supresión de la enfermedad mental),

Aunque el desarrollo de la Salud Mental Positiva Organizacional ha evolucionado, la transición no se ha concretado, apareciendo en el inter, algunas propuestas que se aproximan a la Salud Mental y su evaluación asumiéndose como positivas, aun cuando siguen considerando la ausencia de psicopatología o trastorno mental como principal indicador de la presencia de salud; otras muestran de manera tácita, un enfoque reactivo que busca intervenir ante la presencia de factores patógenos o de riesgo, dejando de lado la auténtica promoción y devolviendo el foco de atención a la supresión de la enfermedad o en el mejor de los casos a la prevención de la misma. A esta perspectiva la hemos denominado abordaje mixto, sin embargo, consideramos que más que una nueva aproximación, denota un estado incipiente de transición hacia un enfoque auténticamente positivo (Figura 4).

Figura 4. Transición del abordaje de la Salud Mental



Fuente: elaboración propia

De lo anterior se desprende la necesidad de un nuevo paradigma donde predomine un enfoque positivo, contrario al enfoque negativo, centrado de manera reactiva en la psicopatología, los trastornos mentales, agentes patógenos y – recientemente- a los inmunógenos, así como en su evaluación y el desarrollo de intervenciones remediales o preventivas con la intención de gestionar salud.

Como ya se ha mencionado, son pocas las aproximaciones que abordan el tema desde una perspectiva positiva, y más escasas aún las desarrolladas específicamente para el ámbito ocupacional; asimismo, en esta área existen muy pocos instrumentos y menos con validez y fiabilidad para su aplicación.

Hacia una evaluación de la Salud Mental Positiva Organizacional

Como se ha señalado arriba, cada vez se le reconoce mayor importancia a la Salud Mental pero queda aún mucho

trabajo lograr una adecuada evaluación de la misma. Por supuesto que para hablar de la evaluación de la Salud Mental es necesario aproximarse al tema de su conceptualización, para lo cual definiré mi postura ante el tema, no sin antes retomar las formas de evaluar de autores reconocidos y que han aportado bastante hacia esa transición a la auténtica Salud Mental Positiva Organizacional.

Tradicionalmente el abordaje hegemónico negativo de la salud (Piedrola et al, 1991), ha generado una respuesta alterna de algunos teóricos e instituciones quienes se han posicionado hacia la consolidación de una postura positiva.

Esta situación se ha extrapolado al campo de la psicología, dado que la Salud Mental es inherente a la integralidad del individuo; es así, que la unidad conceptual de la Salud Mental y en consecuencia los debates teóricos y el progreso en la consolidación de su conceptualización, se encuentran subordinados al abordaje de la salud en general. Dicha consolidación deberá ceñirse a evitar asociar a la Salud

Mental primordialmente a indicadores negativos y en este sentido, homologando indicadores de salud a indicadores de enfermedad, lo cual deriva en acciones que someten la evaluación de la salud a medir indicadores de enfermedad, aunque debe reconocerse que existe una importante cantidad de posturas las cuales he denominado de abordaje mixto y que a pesar de resultar incompatibles con un abordaje auténticamente positivo, se encuentran en una loable transición.

Ante estos cuestionamientos teórico-conceptuales, nos encontramos en la encrucijada de si realmente realizamos una evaluación de la Salud Mental positiva en el trabajo, o bien esta se ha visto obstaculizada principalmente debido a la falta de un constructo operativamente útil, claro en términos científicos y con un abordaje auténticamente positivo para el ámbito ocupacional; situación que indudablemente dificulta el progreso en cuanto al establecimiento de estándares para su medición ya que estos quedan atados por la propia conceptualización.

A continuación, se muestra una tabla que concentra las aproximaciones que se han realizado en pro de lograr un concepto positivo de la Salud Mental que bien puede ser aplicado al ámbito ocupacional, así también, señalo mi propuesta de clasificación entre abordajes: positivo, mixto o negativo. Posteriormente analizaré las principales contribuciones de diversos autores hacia esta importante transición hacia el establecimiento de indicadores auténticamente positivos.

APROXIMACIONES A LA CONCEPTUALIZACIÓN POSITIVA DE LA SALUD MENTAL

TEORÍA O MODELO DE SALUD	AUTOR	ABORDAJE
Salud como homeostasis	Walter Cannon (1932)	Positivo
Salud como algo positivo	Henry Sigerist (1941)	Mixto
Salud como bienestar	Andrija Stampar (1945)	Mixto
Salud como bienestar completo	Organización Mundial de la Salud (1946)	Mixto
Salud mental como adaptación	Karl Menninger (1946)	Mixto
Salud mental	Organización Mundial de la Salud (1950)	Mixto
Salud como capacidades y potenciales humanos	Abraham Maslow (1954, 1968)	Positivo

Salud mental como funcionamiento social	Werner Boehm (1955)	Mixto
Salud como adaptación	Rene Dubos (1956)	Mixto
Salud mental positiva	Marie Jahoda (1958)	Positivo
Salud mental como personalidad madura	Gordon Allport (1961)	Positivo
Salud mental como estado óptimo	Federación Mundial de la Salud Mental (1962)	Mixto
Salud mental como tendencia actualizadora	Carl Rogers (1963)	Positivo
Salud como capacidad de funcionamiento y bienestar	Milton Terris (1970)	Mixto
Salud mental como estado de flujo	Mihaly Csikszentmihalyi (1975)	Positivo
Modelo tri-partito de salud mental	Hans Strupp y Suzanne Hadley (1977)	Negativo
Modelo hexagonal de salud	William Hetler (1979)	Positivo
Salud como empoderamiento	Julian Rappaport (1981)	Positivo
Indicadores positivos de Salud mental	Organización Internacional del Trabajo (1984)	Mixto
Salud mental como autodeterminación	Edward Deci y Richard Ryan (1985)	Positivo
Salud mental como resiliencia	Michael Rutter (1985)	Negativo
Ampliación del concepto de salud	Organización Mundial de la Salud (1986)	Mixto
Teoría salutogénica	Aaron Antonovsky (1987)	Mixto
Salud como conjunto de cualidades	Reinaldo Pérez (1987)	Mixto
Salud mental como bienestar psicológico	Carol Ryff (1989)	Positivo
Salud mental como calidad	Manuel Pando (1989)	Positivo
Salud mental como capacidades positivas	Organización Mundial de la Salud (1992)	Mixto
Teoría de la ampliación y construcción	Barbara Fredrickson (1998)	Positivo
Salud mental como estado de bienestar	Organización Mundial de la Salud (2001)	Mixto
Salud mental como felicidad	Martin Seligman (2003)	Positivo

Salud mental como virtudes y fortalezas	Christopher Peterson y Martin Seligman (2004)	Positivo
Salud mental completo	Corey Keyes (2005)	Positivo
Salud como resiliencia	Gobierno escoces (2005)	Negativo
Modelo eugenésico	Manuel Pando (2006)	Positivo
Modelo PERMA	Martin Seligman (2011)	Positivo

Las aportaciones de Walter Cannon

Señala Cannon (1932), que la salud no se mide con base en la ausencia de enfermedad, sino mediante la presencia de capacidades en un organismo para funcionar de manera eficaz en un determinado entorno; asimismo, es Cannon quien propone el concepto de homeostasis biológica y posteriormente lo extrapola al aspecto social, postulando que la salud también depende del equilibrio armónico de los componentes sociales, donde hasta ese momento, se habían considerado o discutido únicamente las facetas física y mental, dando lugar a una nueva era en la conceptualización de la salud del ser humano como un ser biopsicosocial (Guerrero y León, 2008; Collantes y Marcos, 2012).

Las aportaciones de Cannon ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar indicadores positivos para evaluar la salud, lo que a su vez conlleva una reconceptualización de la Salud Mental; de igual forma se hace evidente la necesidad de un abordaje de SM que considere componentes sociales como pueden ser las relaciones afectuosas o cierto grado de adaptación crítica a los roles y normas sociales, lo cual implica evitar caer en la alienación o el conformismo social, ya que esto se contrapone a la autonomía del individuo, y aunque en cierta medida pueden garantizar la integración a la sociedad, no pueden asegurar una genuina Salud Mental. Por esto, es menester reconocer, como lo señala Pando (2012) que son las estructuras formales e informales de la sociedad las interesadas en que se cumpla con los convencionalismos sociales, y que lo bueno para la sociedad puede no serlo en absoluto para el bienestar subjetivo del individuo.

Henry E. Sigerist y la importancia de la promoción de la salud

Refiere Sigerist (1941), que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, dolor o malestar; debiendo ser entonces algo positivo, que implica además una actitud gozosa y una aceptación alegre de responsabilidades que la vida impone al individuo; asimismo señala que el campo de la salud debe desarrollar cuatro grandes tareas: a) promoción, b) prevención, c) curación y d) rehabilitación, debiendo recurrir a éstas últimas, solamente cuando falla la generación de la salud; menciona también que además de los aspectos físicos y mentales de la salud, hay que considerar el aspecto social, entonces, una persona sana presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, pero además tiene control de sus facultades físicas y mentales, se adapta a su entorno físico y social y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad.

Estas contribuciones señalan expresamente la posibilidad de un abordaje positivo de la salud, además sientan las bases que más tarde retomarían teóricos como Antonovsky para el modelo salutogénico, y Pando para su modelo eugenésico; reiteran también la necesidad señalada por Cannon de reconocer los aspectos sociales, lo que más adelante se ve reflejado en definiciones de salud como las adoptadas por Stampar y la Organización Mundial de la Salud (OMS); por otra parte, de su propuesta se puede inferir que la presencia de componentes subjetivos como son las percepciones del individuo, le permiten tener una actitud gozosa y aceptar alegremente las condiciones de su entorno.

No obstante lo anterior, consideramos que esta propuesta se ubica más en los modelos de abordaje mixto, en tanto que no logra deslindarse de la ausencia de enfermedad como principal indicador y aun cuando señala la importancia de la adaptación al contexto, así como de las contribuciones al desarrollo de la comunidad, se debe tener en cuenta las

mismas consideraciones mencionadas con Cannon respecto a la importancia de la autonomía y a evitar caer en la alienación o el conformismo social.

La perspectiva ecológica de René Dubos

Otra aportación importante es la realizada por René Dubos (1956) cuando aborda la salud desde una perspectiva más ecológica al definirla como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones; además, hace referencia a la importancia del aspecto mental señalando que la salud es el estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado (Orozco, 2006).

Consideramos de gran trascendencia la inclusión de una perspectiva ecológica en la conceptualización de la salud, que permita extender sus alcances a los distintos ambientes donde

se desenvuelve el ser humano, ya que representa una base para promover la Salud Mental en distintos contextos, donde el ocupacional se puede considerar uno de los más importantes, sin embargo podemos inferir que al igual que la propuesta de Sigerist no deja lugar a la coexistencia de salud y enfermedad por lo que se considera una postura de abordaje mixto.

La perspectiva salutogénica de Aaron Antonovsky

Otra propuesta que considero entre las más importantes, es la realizada por Antonovsky (1987), en el cual postula su teoría salutogénica, señalando que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad, sino a la salud positiva, por lo que existe la necesidad de investigar sobre factores salutógenos que intervienen en la generación de salud.

Este es uno de los grandes referentes en tanto que se deslinda de la normalidad y se enfoca de manera expresa en la salud y su promoción; al respecto señala Juárez (2010), que

esta propuesta explica la génesis de salud, no de enfermedad, ni la presencia de factores de riesgo para determinadas enfermedades, por lo que promover la salud significa incrementar factores promotores. No obstante lo anterior, difiero en cuanto a la relación que realiza del continuo salud-enfermedad como polos opuestos, ya que al ser mutuamente excluyentes, implica un abordaje mixto.

Karl Menninger y la Salud Mental como adaptación

Uno de los primeros intentos por lograr un abordaje positivo en el campo de la psicología es el realizado por Menninger (1946), quien busca definir a la Salud Mental a partir de características propias y no a través de la ausencia de enfermedad mental (Johnson, 2000; Portero, 2012). Este autor señala que la salud consiste en la adaptación con el mundo y con los demás, con un máximo de eficacia y felicidad, no únicamente eficiencia o simple alegría -o el obedecer las reglas con alegría- sino todo junto; es la capacidad de mantener un

temperamento equilibrado, una inteligencia alerta, un comportamiento socialmente considerado, y una disposición feliz.

Su principal aportación consiste en incluir de manera tácita componentes objetivos y subjetivos, haciendo referencia a capacidades -como adaptación al entorno, relaciones con los demás- pero también a sensaciones –el bienestar, la felicidad- Sin embargo, considero que esta definición tiene componentes contrarios a una conceptualización auténticamente positiva, en tanto que hace referencia a la capacidad para obedecer las reglas con alegría, la cual se pudiera contraponer a la autonomía del individuo y en cierto sentido se subsume un criterio de alienación o de normalidad social.

La aportación de Werner Boehm

Para el año de 1955 Werner Boehm, (como se citó en Jahoda, 1958) define a la Salud Mental como funcionamiento social; es decir, tiene Salud Mental aquella persona que

adecúa su conducta a los estándares sociales. El enfoque de Boehm, sitúa a la Salud Mental como algo interno pero sujeto a condiciones externas sobre las cuales no se tiene control, ya que refiere a la Salud Mental como una condición y nivel de funcionamiento social que es socialmente aceptable y personalmente satisfactorio, pero ¿qué sucede si la normativa social no es compatible con la escala de valores del individuo? Esta postura deja un margen de duda respecto a si esta adecuación de estándares sociales puede considerarse realmente positiva.

Podemos inferir, que aunque no se trata de una conceptualización negativa en tanto que se define a la Salud Mental a partir de características propias, se trata de una aproximación que no se puede considerar apropiada debido a que se contrapone a la autonomía del individuo, y al igual que en la aproximación propuesta años atrás por Menninger, en ella se subsume un criterio de alienación o de normalidad social.

Marie Jahoda

Posiblemente la contribución más importante a la conceptualización de una Salud Mental desde un enfoque positivo, sigue siendo la que realiza Marie Jahoda en el año de 1958, el cual constituye un hito en el abordaje positivo (Sánchez, 1991; Jarne, 1996; Lluch, 1999; Pando et al, 2006, 2012; Reynaga, 2009).

Jahoda, después de realizar una revisión teórica de las propuestas que considera aportan a la visión positiva, realiza una clasificación de los componentes identificados en todas ellas, como son: las actitudes positivas; el crecimiento, desarrollo y actualización; la integración del sí mismo o de la personalidad; autonomía o autodeterminación; la percepción correcta de la realidad o el dominio y control del entorno.

Lo anterior refleja que una de las aportaciones más importantes del modelo de Salud Mental positiva de Jahoda, es la relación no excluyente entre salud y enfermedad; en este sentido se reconoce que la presencia de salud no garantiza la

ausencia de enfermedad y viceversa, por lo que la enfermedad no representa un indicador primario determinante de la salud a través de su ausencia, o de su relación con la misma, sino que se constituye en un obstáculo, en mayor o menor grado, para alcanzar la salud.

La instrumentación para la evaluación de la SMP

La misma tendencia de Jahoda, la encontramos en las aportaciones que Maria Teresa Lluch Canut realizó en 1999, cuando diseñó un instrumento basado en el modelo de Marie Jahoda (1958). Partiendo de los criterios de Salud Mental positiva propuestos por Jahoda. Lluch construyó una escala a partir de seis factores que son; actitudes hacia sí mismo; crecimiento, desarrollo y autoactualización; integración; autonomía; percepción de la realidad; y dominio del entorno. Estos criterios se desglosan en varias dimensiones (16 en total).

La aportación de Lluch se considera como un acontecimiento importante para el abordaje positivo de la Salud Mental, ya que después de 43 años de elaborada la propuesta de Jahoda, se carecía de instrumentos para evaluar los componentes de su modelo; en este sentido Lluch (1999) intento definir y evaluar empíricamente el modelo conceptual de Salud Mental positiva de Jahoda, aunque a mi juicio no lo logró en su totalidad, pero el mérito de aventurarse ante la dificultad de medir algo intangible, es muy loable. Pero entonces ¿cuáles serían los indicadores e instrumentos que realmente podemos considerar en relación a la postura positiva que en este capítulo he estado defendiendo? A continuación mencionaré algunos de ellos.

Instrumentos de medición de la SMP

TEORIA O MODELO	INSTRUMENTOS	OBSERVACIONES
Salud mental positiva Marie Jahoda (1958)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Primer cuestionario de Salud Mental Positiva según el modelo de 16 factores específicos con 176 ítems (Lluch, 1999) ❖ Segundo cuestionario de Salud Mental Positiva según el modelo hipotético de factores generales con 60 ítems (Lluch, 1999) ❖ Cuestionario definitivo de Salud Mental Positiva de 39 ítems (Lluch, 1999) 	La aportación de Lluch (1999) constituye un hito en la evaluación de la Salud Mental Positiva como tal, basada en el modelo teórico de Marie Jahoda.
Salud mental como personalidad madura Gordon Allport (1961)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escala de autoestima de 68 ítems (Butler y Haig, 1954; Fierro, 1984) ❖ Escala de pensamiento racional de 12 ítems (Ellis y Grieger, 1987) ❖ Escala de ajuste y satisfacción marital de 10 ítems (Lazarus, 1987) ❖ Escala de madurez e identidad personal de 8 ítems (Fierro y Cardenal, 1993) 	Fierro y cardenal (1993) realizaron un estudio dimensional de la personalidad madura utilizando varios instrumentos para evaluar sus componentes.
Salud mental como tendencia actualizadora Carl Rogers (1963)	❖ Índice Breve de Auto-Actualización (Jones y Crandall, 1986)	Basada en un enfoque humanista que implica identificar una participación activa del individuo.

Salud mental como estado de flujo (Flow) Mihaly Csikszentmihalyi (1975)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formulario para evaluar las experiencias de fluidez en la vida diaria (Csikszentmihalyi y Larson, 1987) ❖ Cuestionario sobre las experiencias de fluidez (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998) 	Por sus características el estado de flujo puede relacionarse con la Salud Mental Positiva específicamente en el trabajo ya que incluye factores como competencia percibida, absorción y motivación intrínseca.
Salud como empoderamiento to Julian Rappaport (1981)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II (Laschinger, Finegan, Shamian y Wilk, 2004) ❖ Escala de empoderamiento estructural (Jáimez y Bretones, 2013) 	Evalúan empoderamiento en el trabajo por lo que están relacionadas con la SMPO.
Indicadores positivos de Salud Mental Organización Internacional del Trabajo (1984)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escala de Personalidad Creativa (Gough, 1979; Aranguren e Irazabal, 2010) ❖ Escala para la evaluación del Comportamiento Creativo 	Se centra en identificar uno de los componentes de la Salud Mental más relevantes: la creatividad.
Salud mental como autodeterminación Edward Deci y Richard Ryan (1985)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Arc's Self-Determination Scale (Wehmeyer, 1995) ❖ Escala ARC-INICO de evaluación de la autodeterminación (INICO, 2014) 	Implica elementos personales de decisión desde una postura crítica.

Salud mental como resiliencia Michael Rutter (1985)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escala de resiliencia (Jew, 1992) ❖ Escala de resiliencia (Wagnild y Young, 1993) ❖ inventario de factores protectores (Baruth y Carroll, 2002) 	Aunque comúnmente la resiliencia se ha considerado como un indicador positivo de Salud Mental, se subsume un abordaje negativo-reactivo en tanto que está asociado con la recuperación de la normalidad posterior a una adversidad.
Salud mental como bienestar psicológico Carol Ryff (1989)	❖ Escala de Bienestar Psicológico (Warr, 1987, 1990; Lloret y Tomás, 1994)	El bienestar implica una actitud de gozo o felicidad auténticamente positiva.
Teoría de la ampliación y construcción	Elaborada por Barbara Fredrickson (1998)	Basada en un posicionamiento auténticamente positivo.
Salud mental como felicidad Martin Seligman (2003)	❖ Medida con la Escala de felicidad Oxford revisada	La felicidad es definida como un factor positivo de la salud mental que incluye aspectos filosóficos y culturales.
Salud mental como virtudes y fortalezas Christopher Peterson y Martin Seligman (2004)	❖ Test VIA de fortalezas personales con 240 ítems (Seligman y Peterson, 2004)	Posicionamiento positivo.

<p>Modelo PERMA Martin Seligman (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS) ❖ Escala de satisfacción con la vida 	<p>Aunque comúnmente el Work Engagement se ha considerado como el polo opuesto al burnout, e incluso como un indicador positivo de Salud Mental, se subsume un abordaje negativo-reactivo en tanto que está asociado con la recuperación de la normalidad posterior a una adversidad.</p>
<p>Salud mental como Workengagement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escala de Work Engagement de Utrecht (Schaufeli y Bakker, 2003) 	

Además de los instrumentos contenidos en la tabla anterior, se pueden mencionar en términos de Salud Mental a pruebas como las siguientes: Test de orientación vital; Multifactor Emotional Intelligence Scale; Mayer, Salovey and Caruso Emotional Intelligence Test; Escala de inteligencia emocional de Reuven Bar-On; Emotional Competence Inventory; y la Emotional Quotient Map, entre otras de las cuáles ya no profundizaré, continuando con elementos que

necesariamente deben mencionarse en relación con aspectos conceptuales vinculados a los instrumentos que hasta la fecha se han desarrollado.

El flow de Mihaly Csikszentmihalyi como indicador positivo de SM

En el año de 1975, Mihaly Csikszentmihalyi propone su teoría del flow –flujo- la que aborda de manera positiva a la Salud Mental como flujo, y consiste en un estado mental en el cual el ser humano es capaz de lograr una completa inmersión en las actividades que ejecuta; implica un sentimiento de enfocar la energía, de estar absorto en la tarea, y de éxito en la realización de la actividad; experimentar flow –flujo- o experiencias óptimas en cualquier ámbito de desenvolvimiento del ser humano –como puede ser en el trabajo- se correlaciona altamente con el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida (Csikszentmihalyi, 1998 y 2005; Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998; Nakamura y Csikszentmihalyi, 2002).

En este sentido, el flujo puede ser uno de los componentes de la Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO), que más influencia puedan tener en la sensación de bienestar y satisfacción personal, debido a que experimentando dicho estado mental en la vida cotidiana y en actividades tan habituales como es el trabajo, la felicidad no dependerá únicamente de momentos aislados en los que se presenten grandes logros o experiencias extraordinarias, sino una continua sensación de éxito y satisfacción.

El modelo tri partido de Hans Strupp y Suzanne Hadley

Para el año de 1977, Hans Strupp y Suzanne Hadley postulan su modelo tri partido, según el cual el nivel de Salud Mental de las personas estaría determinada por el comportamiento social, el bienestar subjetivo, y la estructuración de la personalidad; señala Pando (2006, 2012) que el primer componente implica la capacidad de funcionar y asumir roles así como responsabilidades socialmente

asignadas; el segundo componente está dado por el estado emocional propio de cada persona, en el que interviene la autopercepción, la autoestima y la ansiedad entre otros aspectos; mientras que el tercero se caracteriza por la capacidad de crecimiento, desarrollo, integración, poseer una orientación realista, capacidad de adaptación al entorno y otras ideas similares a las de Allport. En este sentido, una buena concurrencia entre estos tres elementos mostraría una valoración muy elevada de la Salud Mental Positiva.

La teoría de la autodeterminación de Edward Deci y Richard Ryan

En el año de 1985, Edward Deci y Richard Ryan postulan su teoría de la autodeterminación según la cual, las necesidades básicas de vinculación, competencia y autonomía son los nutrientes primordiales e innatos esenciales para el bienestar mental; se afirma entonces que alguien mentalmente sano es capaz de una adecuada satisfacción de las

necesidades psicológicas básicas, así como un sistema de metas congruente y coherente; es decir, las metas deben ser mejor intrínsecas que extrínsecas, coherentes con los propios intereses y valores así como con las citadas necesidades psicológicas básicas, y coherentes entre sí.

La autodeterminación

La teoría de la autodeterminación señala que los seres humanos son organismos activos con tendencias innatas hacia el crecimiento personal, y al implicarse de forma óptima y eficaz en el entorno que les ha tocado vivir; si en su interacción con el medio las personas regulan sus conductas de forma volitiva se favorecerá la calidad de la implicación y el bienestar, mientras que si por el contrario el ambiente actúa de forma controladora, esta tendencia innata se verá frustrada y se desarrollará el malestar (Deci y Ryan, 1985).

Debido a estas características, la autodeterminación es un componente de la Salud Mental Positiva, en tanto que

explica la tendencia al crecimiento personal y la implicación de forma óptima y eficaz en el entorno, lo que favorece la sensación de bienestar. En el ámbito del trabajo Karasek & Teorell han sugerido que el modelo demanda control, que propone un equilibrio entre la capacidad del trabajador y su campo de decisión, resulta en una forma efectiva de disminuir o evitar el estrés derivado de la actividad laboral que puede llevar al trabajador a la enfermedad y hasta a la muerte.

El bienestar psicológico de Carol Ryff

En 1989 Carol Ryff propone un modelo de bienestar psicológico, precursor de los modelos actuales de psicología positiva, a partir de elementos no hedónicos -el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer, y no al revés- que son: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal; cada uno de estos elementos implican un

índice de bienestar en sí mismos, y no un predictor de bienestar, de ahí que se señalen las consecuencias de mantener niveles óptimos o deficitarios en cada uno de ellos.

Además de ser un abordaje positivo de la Salud Mental, esta es relativamente independiente de la enfermedad; podemos observar, que sus componentes positivos coinciden con los propuestos por otros teóricos.

Las aportaciones de Martin E. P. Seligman

El año de 1998 representa otro hito en el camino hacia la consolidación de un abordaje positivo de la Salud Mental, ya que es en este año cuando Martin Seligman asume la presidencia de la Asociación Psicológica Americana (APA, por sus siglas en inglés) en su discurso señala el excesivo interés de la psicología en la enfermedad y los problemas del ser humano, dejando de lado casi por completo sus aspectos positivos, alejándose de su objetivo original -el bienestar del ser humano-.

Surge así formalmente la psicología positiva como nueva disciplina para consolidar aquellas ramas de estudio cuyo objetivo es mejorar la salud física y mental de las personas que no necesariamente sufran enfermedad; estas ramas se dedican a estudiar aquellas áreas de la vida que nos hacen crecer de forma óptima.

En el año de 2003 Martin Seligman propone su modelo de tres vías para la felicidad; tras analizar la investigación existente sobre el bienestar, así como las tradiciones filosóficas, propone un modelo positivo de Salud Mental como felicidad a partir de tres dimensiones: la vida placentera que incluiría experimentar emociones positivas sobre el pasado, presente y futuro; la vida comprometida que implica la puesta en práctica cotidiana de fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas; y por último la vida significativa, que incluye el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo (Vázquez y Hervás, 2008).

La teoría de ampliación y construcción de Barbara Fredrickson

En 1998 Barbara Fredrickson propone su teoría de ampliación y construcción, elaboró este modelo para explicar la función que cumplen las emociones positivas, en contraposición con la función que se le atribuye a las negativas. Tradicionalmente, se partía de una visión en la que las emociones sólo se podían considerar como tales si cumplían dos requisitos: se asocian a tendencias de acción específicas; y tienen como resultado una tendencia de acción física.

Sin embargo, Fredrickson pone en duda ambos presupuestos argumentando que el hecho de que las emociones positivas no conduzcan a acciones tan urgentes como las negativas, no quiere decir que no den lugar a ningún tipo de actuación. Asimismo, considera que las emociones positivas lo que provocan son cambios en la actividad cognitiva, los cuales, en un segundo momento, pueden producir cambios en la actividad física.

El modelo de Ampliación y Construcción propone que las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción, mientras que debido a la ampliación, se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas. Sostiene que esta construcción produce la transformación de la persona, que se torna más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, es más resistente a las dificultades y socialmente mejor integrado, con lo que llega a una "espiral ascendente" que lleva a que se experimenten nuevas emociones positivas.

El estado completo de salud propuesto por Corey Keyes

En el año de 2005 Corey Keyes postula su modelo del estado completo de salud, o Salud Mental completa, señalando que la Salud Mental es el conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo, operativizado por medidas de bienestar subjetivo; este modelo distingue tres diferentes ámbitos para operativizar la Salud Mental Positiva: el bienestar

emocional (alto afecto positivo y bajo afecto negativo, elevada satisfacción vital); bienestar subjetivo (retoma las 6 dimensiones propuestas en el modelo de Carol Ryff); y por último el bienestar social.

Las contribuciones de Manuel Pando; modelo de salud como calidad y modelo eugenésico

Pocos años más adelante encontraremos propuestas más elaboradas de Salud Mental con un enfoque positivo en el ámbito laboral, como la de Pando (1989) con lo que él llama indicadores de calidad de la Salud Mental, contextualizándolos en el ambiente ocupacional, señalando algunos como la conciencia social, capacidad de transformar la realidad, autoestima, proyecto de vida, creatividad, grupalidad y redes sociales, capacidad para dar y recibir afecto entre otros.

En el año de 2006, Manuel Pando propone el enfoque eugenésico laboral, señalando como componentes de la Salud Mental la autoestima, las redes sociales apoyo, el work

engagement, locus de control, proyecto de vida, creatividad, optimismo, perseverancia, conciencia social, placer, capacidad para transformar la realidad, capacidad para dar y recibir afecto, entre otros.

Las aportaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Federación Mundial de Salud Mental, la Organización Internacional del Trabajo

Consideramos que esta definición retoma parcialmente las bases propuestas por Cannon y Sigerist, y si bien desde nuestro punto de vista corresponde a un enfoque mixto, que sigue haciendo énfasis en la ausencia de enfermedad, concibe a la salud de manera estática y en cierto sentido utópica, poniendo énfasis además en aspectos subjetivos pero dejando de lado aspectos objetivos, sin considerar la importancia del ambiente, no podemos obviar la importancia que ha tenido históricamente en la transición hacia una conceptualización de

la salud más positiva, en tanto que al ser adoptada por una organización internacional ha sido ampliamente aceptada y difundida.

Al respecto, refiere Morales (1997) que esta definición es muy popular y se utiliza hasta hoy con mucha frecuencia, bajo el argumento de que no hay otra mejor; por su parte Piedrola et al (1991), señala que la definición adoptada por la OMS marcó un hito en su momento, sin embargo, es necesario reconocer que junto a los aspectos positivos e innovadores presenta también aspectos negativos y criticables como el completo bienestar descontextualizado y porque describe a la salud de manera muy general, dificultando su operacionalización.

Concordamos más con la postura de Piedrola, ya que consideramos que en la definición adoptada por la OMS, se abordan por una parte características positivas y propias de la salud, asimismo se reconoce al ser humano como un ser biopsicosocial, equiparando la importancia que tienen lo físico, mental y social para la salud; por otra, es dicotómica y no logra

deslindarse de la ausencia de enfermedad, equipara bienestar a salud lo que implica solamente el componente subjetivo, dejando de lado componentes objetivos, además de que al darle atributos estáticos y absolutistas se convierte en utópica o inalcanzable al tener que concurrir la ausencia de toda enfermedad y sus manifestaciones, con el completo estado de bienestar biopsicosocial.

Más adelante, en el año de 1950, en el marco de la segunda sesión del comité de expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. En dicha reunión se buscó definir a la Salud Mental como una condición cambiante, que permite al individuo sintetizar de manera satisfactoria sus propios instintos, potencialmente conflictivos, así como relacionarse armónicamente con otros, y colaborar en el desarrollo de su entorno social y físico (Bertolote, 2008).

De un análisis de la propuesta anterior, se desprende una concepción de la Salud Mental, que hace referencia a componentes objetivos como son las capacidades para lograr

satisfacer sus propios instintos, para relacionarse con los demás y para participar en el desarrollo de la comunidad; así como componentes subjetivos en tanto que hacer referencia a lograr un nivel de satisfacción. No obstante, consideramos esta concepción parcialmente negativa, en tanto que asume el conflicto como algo latente en el ser humano ante lo cual hay que actuar de manera reactiva buscando suprimir un problema potencial.

Podemos observar también, en cuanto a las características que se le atribuyen a la Salud Mental, no se le trata como algo permanente o estático, sino como una condición dinámica que puede ser temporal; consideramos que esta debe ser una característica del abordaje de la Salud Mental, por lo que será uno de los atributos que retomaremos para la elaboración de nuestro constructo.

En 1962, la Federación Mundial para la Salud Mental, (como se cita en Vázquez y Hervás, 2008) definió a la Salud Mental como el mejor estado posible dentro de las condiciones

existentes, en la medida en que apunte al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, físicas, intelectuales, afectivas, teniendo en cuenta el contexto en que se halla y siempre que no perturbe el desarrollo de sus semejantes.

Si bien esta definición de la Federación Mundial se puede ubicar dentro del abordaje positivo de la Salud Mental, en tanto que no se define a partir de la ausencia de otra condición como es la enfermedad, asimismo es dinámica y puede alcanzarse en distintos grados, consideramos que comprende únicamente componentes objetivos como la sensación de bienestar percibida por el ser humano.

En 1984 la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su informe sobre Factores Psicosociales en el Trabajo señala que los indicadores de bienestar y estado de Salud Mental “positivo”, son un ámbito muy poco explorado y resalta la necesidad de desarrollar indicadores como ingeniosidad y creatividad, aptitud para resolver los problemas, fuerza del ego, adaptabilidad, sociabilidad, amor propio,

introversión/extroversión, actitud positiva/negativa respecto al futuro, resistencia psicológica y control interno/externo, así como es necesario desarrollar los métodos para su determinación.

Señala la OIT (1984), que la Salud Mental se evalúa, en primer lugar, según índices de eficiencia funcional, como la capacidad que tiene la persona para ocupar el lugar que le corresponde en las relaciones sociales y asumir funciones institucionalizadas; otras características se reflejan en índices de bienestar, como los estados afectivos y diversas esferas de evaluación y de satisfacción; una tercera manifestación de la Salud Mental se deriva de los índices de dominio de sí mismo y de competencia. El desarrollo armonioso de la personalidad y la autorrealización, los recursos de adaptación del individuo y la capacidad para alcanzar los objetivos a los que atribuye un valor.

La aportación de la OIT (1984), parece ser uno de los primeros antecedentes del abordaje positivo de la Salud Mental

en el área del trabajo, sin embargo, se trata más bien de un abordaje negativo/positivo, ya que se sigue buscando evaluar a la Salud Mental Positiva a través de indicadores negativos y no solo positivos; esto queda claro cuando es la OIT quien señala que la idea básica es considerar la salud, en contraposición a la enfermedad, en el estudio sobre el trabajo y la salud se otorga especial importancia a la presencia o a la ausencia de síntomas y de estados patológicos, y asimismo que se han medido como indicadores de la Salud Mental Positiva las siguientes características: estado de espíritu positivo, ausencia de síntomas de neurosis, satisfacción en la vida, deseo de vivir y actividad social. Bajo el epígrafe “Bienestar social” se utilizan indicadores estrechamente relacionados y que se duplican en parte: se trata en especial de la satisfacción en el matrimonio, de la participación social y de la aptitud para el trabajo (OIT, 1984).

Más adelante, en 1986, la Organización Mundial (OMS) de la Salud celebra la primera Conferencia Internacional sobre

la Promoción de la Salud, y como respuesta a la necesidad de una nueva conceptualización de la salud, emite la Carta de Ottawa; en este documento amplía su concepto de Salud y la define como el grado de capacidad para llevar a cabo las propias aspiraciones y satisfacer sus necesidades, pero además adaptarse o enfrentarse con el ambiente. En este sentido, la salud es un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de la vida, pero además –retomando la idea del empoderamiento- se subraya la importancia de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren (OMS, 1986; Vázquez y Hervás, 2008).

Esta definición ampliada -aun cuando se considera negativa/positiva en tanto que no logra desligarse de la ausencia de enfermedad- toma en cuenta componentes subjetivos como la sensación de bienestar, y componentes objetivos como son la capacidad de funcionamiento y adaptación, pero además tiene una perspectiva más ecológica al tomar en cuenta el ambiente en el que la persona se

desenvuelve; consideramos conveniente para nuestra propuesta de Salud Mental Positiva Ocupacional, abordar a la salud como un recurso de la vida y no como un objetivo, además de incluir tanto aspectos objetivos como subjetivos, pero haciéndolo además de una manera contextualizada.

En 1992 la OMS, señala que la Salud Mental es un constructo que implica la capacidad que tiene un individuo, para establecer relaciones positivas con otros y participar constructivamente en la modificación del ambiente, implica también la capacidad para enfrentar conflictos y desarrollar estrategias adecuadas para manejar el estrés, además de una percepción de autoeficacia, buen autoconcepto y adaptación al trabajo.

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud emite su posicionamiento respecto a la conceptualización la Salud Mental, señalando que no se trata solamente de la ausencia de trastornos mentales, sino que es un estado de bienestar que permite al individuo ser consciente de sus

propias capacidades, es decir, tener habilidad para afrontar las tensiones normales de la vida, para trabajar de forma productiva y fructífera y además es capaz de contribuir a su comunidad; de esta concepción se desprenden componentes subjetivos correspondientes a la sensación de bienestar y de ésta dependen componentes objetivos como son las capacidades de afrontamiento, productividad y contribución a la comunidad.

No obstante lo anterior, consideramos dicha aproximación como un abordaje negativo/positivo de la Salud Mental, ya que a pesar de considerar características positivas que indican la presencia de salud, se sigue incluyendo como principal indicador la ausencia de enfermedad; asimismo se tiene una concepción de la salud como algo estático.

En este mismo año 2005 el gobierno escocés propone una concepción de salud como resiliencia, aludiendo que la Salud Mental es 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. Esta no podría considerarse como un indicador auténticamente positivo, dado que parte de la recuperación de un daño.

Las contribuciones de la Psicología Humanista

Maslow y su teoría de las necesidades

No debemos olvidar que en 1954, Abraham Maslow ya menciona un enfoque positivo de la psicología, mismo que retoma en 1962 en su libro *Toward a Psychology of Being – Hacia Una Psicología del Ser-* en ambas obras, y otras posteriores se lamenta del excesivo interés por la enfermedad y el olvido de los aspectos positivos del ser humano; haciendo referencia a un futuro de la psicología en que se estudien aspectos como el aprendizaje, la percepción, las emociones, la motivación y la inteligencia entre otros, de seres humanos que

sean saludables, plenos y no solamente normalmente enfermos (Maslow, 1954, 1962).

Si bien, Maslow no se avoca específicamente a buscar una conceptualización positiva de la Salud Mental, de su propuesta se infiere el enfoque positivo que posteriormente sería retomado para fortalecer la recientemente creada psicología positiva (Poseck, 2012); en este sentido, aunque nuestro posicionamiento teórico no parte de la psicología humanista, consideramos importante mencionar estos antecedentes para el abordaje que ofrecemos desde la psicología positiva.

En este sentido señalan Martin Seligman y Christopher Peterson (2007) que la psicología positiva se inscribe dentro del enfoque salutogénico que tiene como objetivo final la promoción de la salud y el bienestar psicológico - complementando así el enfoque patogénico que enfatiza la cura y la prevención de la enfermedad-; sus antecedentes históricos están en la psicología humanística, centrada en

estudiar las capacidades y potencialidades humanas y la teoría salutogénica desarrollada por Aaron Antonovsky.

En 1961, Gordon Allport, postula su modelo de la personalidad madura, que a decir de Pando, et al (2006, 2012) puede entenderse como *personalidad saludable*, y en este sentido, la Salud Mental como madurez considera como sus componentes: la extensión del sentido de sí mismo a la participación; mantener relaciones cálidas o afectuosas; seguridad emocional y autovaloración; percepción realista; capacidad para auto percibirse objetivamente (insight); y, filosofía de vida.

Para Allport, a medida que se hace mayor el círculo de participación del individuo se incorporan en el sentido de sí mismo nuevas ambiciones, recreos y aficiones, así como el desarrollo de la vocación asociado a sus deseos pero dentro de un contexto social al que pertenece; en virtud de esta extensión del sí mismo a la participación, las relaciones afectuosas implican simpatía o empatía, una capacidad de

intimidad, de amar, ya sea en la vida familiar, o en una profunda amistad; la seguridad emocional implica la aceptación de sí mismo; el insight es el conocimiento profundo de sí mismo; mientras que la filosofía unificadora de la vida es indispensable para ver la vida de un modo maduro (Allport, 1961).

En el año de 1963 Carl Rogers postula su teoría sobre la tendencia actualizadora, según la cual se actualizan las capacidades positivas, es decir, aquellas que sirven para mantener y mejorar el organismo; postula que esta tendencia promueve la autonomía mediante un mayor nivel de autocontrol, el crecimiento, la diferenciación y el autoconcepto.

Consideramos que se trata de un enfoque positivo de Salud Mental como funcionamiento pleno, que contempla componentes como autonomía de control externo que permite la apertura a nuevas experiencias, el autoconocimiento, realización al vivir plenamente cada momento, la autorregulación y la creatividad.

Las aportaciones de la Psicología Positiva

El empowerment (empoderamiento)

Consideramos que el empowerment –empoderamiento- debe ser parte del abordaje positivo de la salud, en tanto que se refiere al proceso o interacción por medio del cual los seres humanos, mediante el conocimiento adquieren dominio o control sobre temas centrales de sus vidas, como lo es la salud; en este sentido refiere Sánchez (2002), que el empoderamiento equivale a capacitar, habilitar o dar poder sobre algo, por una parte con un componente personal centrado en el control de la propia vida -autodeterminación- y por otra, la autogestión social, mediante la participación democrática en la vida de la comunidad a través de estructuras sociales.

En este punto, debemos ser cuidadosos en centrar la atención del empoderamiento respecto al conocimiento que permita al ser humano adquirir dominio y control sobre la generación y mejoramiento de su salud, y no recaer en

prácticas orientadas primordialmente a la prevención de la enfermedad.

La resiliencia

También en 1985, Michael Rutter propone la existencia de un componente de la Salud Mental al que llama resiliencia; este componente se comprende cómo la variación individual en la manera en la que las personas responden a los riesgos a lo largo del tiempo; la Salud Mental entendida como resiliencia implica la capacidad de las personas para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas, e incluso resultar fortalecido por éstos.

La resiliencia es otro de los conceptos que comúnmente se ha relacionado con un abordaje positivo de la Salud Mental; sin embargo, hace referencia a la recuperación de la enfermedad y no a la promoción de la salud, por lo que no constituye propiamente un indicador positivo de Salud Mental

sino más bien pudiera considerarse un factor protector, por ende, no es auténticamente positivo, sino mixto.

Situación y problemática actual de la evaluación de la Salud Mental en el trabajo

Asimismo, menciona Pando (2013) que son pocos los autores que aportan al concepto de la Salud Mental Positiva, pero además son escasas las concepciones aplicadas a la salud ocupacional.

En términos de los recursos para evaluar la Salud Mental, estos se basan prioritariamente en los posicionamientos antes mencionados de los que se desprenden los sistemas clasificatorios como los de la OMS, DSM, CIE etc. los cuáles han generado la elaboración de instrumentos de evaluación dirigidos a obtener datos compatibles con las categorías diagnósticas establecidas. En el diseño de estos instrumentos también se refleja la filosofía de unificar criterios y el principio de compatibilidad. Este tipo de

evaluaciones han sido severamente criticados desde la psicología positiva ya que consideran que existen problemas en la fiabilidad y la validez de los diagnósticos, debidos a la definición poco clara de algunos criterios clasificatorios y a la diversidad de técnicas e instrumentos de evaluación disponibles (Lluch, 1999).

Uno de los pocos esfuerzos por evaluar el constructo de Salud Mental positiva, lo podemos encontrar con Lluch (1999), quien como ya se ha mencionado, diseñó un instrumento basado en el modelo de Marie Jahoda (1958). Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su informe de 1984 sobre Factores Psicosociales en el Trabajo señala que los indicadores de bienestar y estado de Salud Mental “positivo”, son un ámbito muy poco explorado y resalta la necesidad de desarrollar tanto los 10 indicadores propuestos, como desarrollar los métodos de determinación; en este sentido la construcción de un instrumento que permita evaluar el constructo de Salud Mental Positiva desde los indicadores

propuestos por la OIT, permitiría desarrollarlos y no sólo comprenderlos, sino además incrementarlos, abordándolos no como “factores protectores” (con una connotación de prevención), sino definiéndolos en su dimensión de “indicadores positivos” desde una postura salutogénica enfocada en la promoción de Salud Mental Ocupacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y propiciar un mayor bienestar y Salud Mental en los trabajadores.

A manera de conclusiones

Considero pertinente cerrar las reflexiones hasta aquí señaladas con la imperiosa necesidad de proponer un constructo teórico de Salud Mental Positiva para el ámbito ocupacional, que sea claro en términos científicos y operativamente útil, lo cual implica un mayor esfuerzo en cuestión instrumental que permita su medición.

La salud es la condición natural del ser humano; el equilibrio, el buen funcionamiento del organismo y el bienestar

son la base de la vida del hombre. Por el contrario, la enfermedad, el desequilibrio, el mal funcionamiento del organismo y el malestar, no tienen un cauce natural en la vida, sino que representan una alteración de la condición humana.

Si bien ha quedado más o menos claro que las intervenciones remediales corresponden al enfoque negativo de la Salud Mental, sigue existiendo controversia respecto a la promoción y prevención, y en la práctica se ha asumido que las intervenciones preventivas corresponden a un abordaje positivo; sin embargo, las perspectivas preventivas se centran en la evitación de la enfermedad, y por lo tanto –de manera reactiva- en su prevención o remedio, en factores protectores o factores patógenos, mientras que una perspectiva verdaderamente positiva debe centrarse en la salud, y por ello en su generación, en factores promotores, salutógenos o eugenésicos.

Si bien, en algunas ocasiones no se tiene claro lo que se pretende afirmar, ocasionalmente resulta práctico por medio de un proceso de eliminación llegar hasta lo que pretendemos sostener en términos de generar propuestas diferentes a las ya existentes, en este tenor vale la pena reflexionar respecto a algunos conceptos que hasta este momento se han incluido como indicadores positivos de Salud Mental, que pueden ser susceptibles de aplicarse al ámbito ocupacional, tal es el caso de la resiliencia, el workengagement y otros.

Partiendo de las premisas anteriores, en las que he pretendido dejar claro que los no todos los conceptos hasta aquí analizados pueden pertenecer a un auténtico abordaje positivo, que permita la medición y por lo tanto, evaluación y desarrollo de la Salud Mental Positiva Ocupacional, que no se queden en términos únicamente declarativos.

Cabe aclarar que la propuesta implícita en este capítulo, se centra en la modificación del enfoque que se le han dado a términos ya utilizados desde la llamada Salud Mental Positiva,

pero que para mi punto de vista no alcanzan a tener el potencial de abordaje teórico con la precisión que una postura auténticamente salutógena exige ya que para ello debe excluirse del enfoque preventivo o remedial.

Referencias

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Almeida, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3 (1-3). Sao Paulo, Brasil: Associação Brasileira de Pós -Graduação em Saúde Coletiva. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v3n1-3/02.pdf>.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. *Suma Psicológica*, 15 (2) 385-403.
- American Psychological Association. (1995). *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Aranda, C. B., Pando, M. M., Salazar, J. E., Torres, T. M., Aldrete, M. R. & Pérez, B. R. (2004). Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en médicos de primer nivel de atención. *Investigación en salud*, 6 (1), 28-34.
- Argueta, M. A., Aguilar, L. N. & Martínez, A. R. (2008). *La violación del derecho a la salud de la niñez del cantón sitio del niño a raíz de la contaminación generada por la fábrica baterías de*

- el salvador y la ineficacia de los controles estatales*. Tesis de grado no publicada Universidad de El Salvador. El Salvador.
- Becoña, E., Vázquez, L. F., & Oblitas, A. L. (1995). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. *Revista de Psicología Contemporánea*, 2, 1.
- Bergdolt, K. (1999). History of medicine and concepts of health. *Croatian Medical Journal*. 40 (2). Zagreb, Croatia: Zagreb University School of Medicine. Recuperado de <http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/1999/40/2/10234052.pdf>.
- Bunge, (2002). *Epistemología. Curso de actualización*. México: Siglo veintiuno editores.
- Chatterji, S., Ustün, B. L., Sadana, R., Salomon, J. A., Mathers, C. D., & Murray, J. L. (2002). The conceptual basis for measuring and reporting Health. *Global Programme on evidence for Health policy discussion paper no. 45*. World Health Organization.
- Colunga, C., Pando, M., Ángel, M., & Vázquez, J. C. (2014). Autocuidado de la salud en el escenario laboral. En E. Camacho y C. Vega (Coords.). *Autocuidado de la salud*. Guadalajara, México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a Fluir*. Barcelona: Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos.

- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi., I. S. (1998). *Csikszedntmihalyi, Mihaly, and Experiencia Óptima. Estudios Psicológicos Del Flujo En La Conciencia*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Springer science + business media, llc.
- Gadivia, V., & Talavera, M. (2012). *La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. España: Universidad de Valencia.
- Garaigordobil, L., M. (1998). *Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Gestal, J. J., & Romaní, M. (1991). Qué es la medicina preventiva y salud pública?.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 83 (2), 215-230.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Joint commission on menthal illness and health.
- Jarne, A. (1996). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Jarne (Coord.), *Psicopatología clínica (Vol. I)*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, pp. 61-87.

- Juárez, F. (2010). *Salud y calidad de vida: marcos teóricos y modelos*. España: Dykinson.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4, (1), 70-79.
- Labiano, M. (2006). Introducción a la psicología de la salud. En: L. A. Oblitas (Ed.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis Doctoral no publicada Universidad de Barcelona. España.
- Lorenz, V., Cardoso, M. & Oliveira, M. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (6).
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row, Publishers.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Harper & Row, Publishers.
- Manzano, G. & Ramos, F. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarias. *Interpsiquis*, 2.
- Míreles, P., Pando, M. & Aranda, C. (2002). Factores psicosociales y síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil en Guadalajara, México. *Investigación en salud*, 4 (2).
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Editorial UniSon.

- Organización Mundial de la Salud. (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?*. Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Francia: OMS.
- Orozco, J. M. (2006). *Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*. Cartagena de Indias: Eumed.
- Pando, M., Águila, J. A., Acosta, M., Amezcua, M. T. & Aranda C. (2008). Factores psicosociales protectores en salud ocupacional. En M. Pando, J. Román y M. Acosta (Eds.). *Factores psicosociales de riesgo de trabajo en la empresa*. Cuba: Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales.
- Pando, M., Castañeda, J., Gregoris, M., Aguilar, M., Ocampo, L., & Navarrete, R. (2006). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12 (3), 523-259.
- Poseck, B. V. (2012). *Psicología positiva: una nueva forma de entender a la psicología*. Madrid, España: Calamar Ediciones.

- Reynoso, L., y Seligson, I. (2002). Psicología y salud en México. En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.), *Psicología y salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Román, H. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (2), 103-110.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12 (1), 35-55. Doi: 10.1177/016502548901200102.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57.
- Sadegh, K. (2000). Fuzzy health, illness and disease. *The Journal of Medicine and Philosophy* 25, 605–638.
- Sánchez, A. (1991). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención (2a ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- Sánchez, A. (2002). *Psicología social aplicada. Teoría, método y práctica*, Madrid: Prentice Hall.
- Seipp, C. (1986). Andrija Stampar and the concept of positive health. *Family medicine*, 19 (4), 291-295.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare*. Michigan: McGrath Publishing Company.

Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist*, 32 (3), 187-196.

CAPÍTULO IV

SALUD MENTAL POSITIVA OCUPACIONAL Y ACTIVOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO DOCENTE

*Cecilia Colunga Rodríguez
Mario Ángel González
Julio César Vázquez Colunga
Mercedes Gabriela Orozco Solís
Luis Edmundo Sarabia López*

Introducción

El trabajo docente puede ser considerado como una de las actividades estratégicas para el desarrollo económico de un país, específicamente cuando se trata de la educación pública en el nivel básico, particularmente si consideramos a la educación como un derecho y un valor, desde el cual se puede acceder a otros derechos por parte de los futuros ciudadanos (Latapí, 2010). Sin embargo, en nuestro país, el trabajo de este tipo de docentes en las últimas décadas, se ha pauperizado y por ende, las condiciones en que los trabajadores realizan sus

actividades han sufrido de un deterioro progresivo, que no excluye al descrédito mediático (Freire, 2004).

A pesar de lo anterior y partiendo de una postura positiva o mejor dicho salutogénica (Pando, 2012), consideramos importante no abordar el debate respecto a los riesgos psicosociales a los que se enfrenta este colectivo, lo cual está ampliamente abordado en la literatura especializada, por el contrario, pretendemos reflexionar acerca de algunos de los beneficios para la Salud Mental, que puede ofrecer el trabajo docente, partiendo de una postura de la psicología positiva y de los activos psicosociales que facilitan el acceso a la promoción y gestión de la Salud Mental.

Por otra parte, de acuerdo a la definición que realizan del Rey y Calero (1998) respecto a la promoción de la salud, ésta es un proceso continuado que pretende modificar en sentido favorable, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades, basado en los medios de comunicación

persuasivos y en la moderna pedagogía (del Rey y Calero, 1998). Siguiendo las ideas de estos mismos autores, la educación para la salud en el medio laboral tiene por misión entre otras, promover hábitos de comportamientos positivos; con mensajes informativos y educativos dirigidos al trabajador, directivos, representantes sindicales, y miembros de las comisiones de Salud en el Trabajo (del Rey y Calero, 1998). Es así que *promocionar la salud de los trabajadores supone desarrollar políticas dirigidas a satisfacer las necesidades y realizar las aspiraciones individuales y de grupo de los mismos* (del Rey & Calero, 1998).

Por lo anterior, la estructura que ofrece este capítulo, contiene inicialmente las características del trabajo docente, algunas investigaciones relacionadas con el tema de la Salud Mental de los docentes, sin olvidar que predomina la postura negativa; un apartado que trata específicamente la labor docente y el abordaje positivo desde un punto de vista teórico, se toca el tema de los activos psicosociales como recursos

para acceder a la promoción de la Salud Mental Positiva Ocupacional y por último se vierten algunas reflexiones a manera de conclusión.

Características del trabajo docente

El trabajo docente en educación básica, se caracteriza por una cercanía con los alumnos, alta comunicación con los padres de familia y una gran demanda del sistema y de las autoridades educativas en el cumplimiento de planes y programas (SEP, 2011) y de las evidencias de desempeño de los alumnos.

Estas actividades, no se limitan a las propias de la enseñanza para desarrollar aprendizajes en los alumnos dentro del aula, a pesar de que en los contratos laborales solo se especifica la cantidad de tiempo que debe estar en los planteles escolares, expresado en cantidad de *horas semana mes*; aclarando que en las plazas de jornada con presupuesto federal, -a diferencia de las plazas estatales- existen categorías

de tiempo completo, tres cuartos de tiempo o medio tiempo y en las plazas con presupuesto estatal son *plazas de jornada* para el nivel preescolar y primaria y *horas clase* para el nivel de secundaria.

No se contempla para efectos de salario ni para beneficios laborales el tiempo que se emplea en realizar actividades extras para garantizar la función docente. En otras palabras, el salario solo se asigna por la cantidad de tiempo que el docente pasa frente a grupo, sin embargo, las características de su actividad laboral le requiere que realice una planeación de su actividad docente para que pueda conseguir los propósitos didácticos y los aprendizajes esperados que se estipulan en el plan y programas de la educación básica para cada grado escolar, dicha planeación la debe presentar en formatos específicos requeridos por las autoridades educativas como evidencia de calidad del desempeño de la actividad docente, además, debe ser detallada, con elementos teóricos, con actividades que puedan

ser evaluadas y deben ser argumentadas, esto implica que el tiempo que se requiere para su realización es el mismo o más que el que invierte estando frente al grupo, sin embargo, no se considera en el pago, pero si en sus obligaciones de tal manera tiene fechas límite para su entrega.

Adicionado a lo anterior, el docente de educación básica, debe buscar materiales de apoyo para las clases, revisar las actividades realizadas por los alumnos en clase y en casa, realizar evaluaciones por bimestre con reportes específicos por alumno y reuniones con padres de familia y mensualmente, sesiones de consejo técnico, donde asisten a reunión de toda la jornada, independientemente de las horas contractuales, a trabajar temas de interés común coordinados por los directivos de la escuela.

A diferencia de otros países como Inglaterra, el tiempo estipulado contractualmente incluye el que necesita para realizar dichas actividades con su pago respectivo, es decir, por cada hora frente a grupo se estipula una hora para la

preparación de la sesión y para las actividades necesarias para la evaluación y revisión de tareas, por lo que cada docente con un contrato de 40 horas semanales únicamente dedica 20 a dar clase y 20 a las actividades indispensables para la función docente, mientras que en México en un contrato de 48 horas semanales debe estar las 48 horas frente a grupo y el resto de actividades necesarias para la función docente tendrá que realizarlas en los tiempos destinados a su descanso, pero además se le exige al docente que se mantenga en capacitación continua, en cursos que se imparten los sábados y con sus propios recursos, que organice actividades cívicas, que asista a los *consejos técnicos* que se realizan una vez al mes, todo lo anterior con 45 alumnos por grupo en promedio.

En el caso de la educación secundaria es mayor la sobrecarga de trabajo ya que la carga horaria se asigna por el perfil del profesor, esto es por ejemplo que si tienen perfil para ser docentes de español, de acuerdo a la malla curricular actual tiene cinco horas a la semana esta asignatura por lo que para

cubrir cuarenta horas clase tiene 8 grupos diferentes con 45 estudiantes en promedio, en total tiene 360 estudiantes, lo que implica 360 tareas que revisar en casa y retroalimentar en clase; 360 exámenes que calificar y evaluaciones continuas que reportar, además aquellos estudiantes que reprobren o están en *peligro de reprobación* se debe realizar una estrategia para regularizarlos especificando las actividades remediales que realizará el docente con estos estudiantes en tiempo extra clase o en otros casos, trabajar con alumnos con necesidades educativas especiales, así como cumplir con los requerimientos de las autoridades educativas como el apoyar con el desarrollo de la lectura de comprensión; implica adicionalmente, comunicarse con 360 padres de familia o tutores que hay que atender en las reuniones que los planteles organizan y un largo etcétera.

Lo anterior es solo lo que corresponde a lo administrativo, habría que agregar que los estudiantes tienen problemas graves familiares y sociales que con frecuencia son

confiados a los docentes por parte de los propios alumnos o el docente se da cuenta de ellos por otras fuentes de información, estos problemas pueden ser leves como desorden en el salón de clase, hasta problemas muy serios como incesto, drogadicción, violencia familiar, pandillerismo, entre otros que por lo dramáticos que pueden ser sus efectos, el docente inevitablemente se involucra emocionalmente y entra en conflicto porque el rango de acción que legalmente tienen es poco y la afectación a los alumnos es evidente.

Por lo anterior no es de extrañar que el docente desarrolle padecimientos como el burnout manifestando despersonalización como medio de afrontamiento ante estas problemáticas y las pocas opciones de solución que tiene, además de la presión social que realizan los medios de comunicación al desprestigiar al gremio docente de educación básica cuando se publican resultados bajos que obtienen en exámenes nacionales los estudiantes de este nivel, dejando de

lado, que una sociedad empobrecida como la nuestra (con 60%

de la población en pobreza INEGI, 2010), genera condiciones que inciden negativamente en el aprendizaje, o cuando algún docente realiza un delito como abuso o violación que no representa ni el 1% de los profesores quienes los cometen, y por el contrario cuando un estudiante gana algún premio o cuando adquiere una beca no se menciona a los docentes que apoyaron en su formación a este estudiante, ni las condiciones socioeconómicas del mismo. En otras palabras los errores o los indicadores negativos de los estudiantes del sistema educativo mexicano son culpa de los profesores y los aciertos son producto de los estudiantes, ignorando a los padres de familia como si estos tres actores fueran entes separados en el proceso de enseñanza aprendizaje de los alumnos de educación básica.

Peor aún, al docente de educación básica se le culpa incluso del poco avance social o del aumento de las problemáticas como la drogadicción y la delincuencia organizada cuando todo esto es producto de un sistema social

ineficiente para lograr lo que el Estado tiene como obligación atender.

Con el ingreso de México a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), los resultados en educación comienzan a ser evaluados con estándares e indicadores que esta organización ha impuesto a sus miembros, el problema es que México ingresa como una estrategia política y no porque en realidad tuviera el desarrollo económico y político de los países miembros, por lo que somos evaluados con indicadores y pruebas diseñadas para condiciones sociales poco realistas y mucho mejores de las que tenemos, por ejemplo, en el caso de Japón que es miembro de la OCDE y que sus estudiantes se encuentran entre los que mayores puntuaciones obtienen, el salario mínimo es de aproximadamente 1800 dólares al mes, mientras que en México es de 210 dólares, por lo que las condiciones socioeconómicas de las familias son diferentes, otro ejemplo de las diferencias entre los países miembros de la OCDE y

nosotros los mexicanos es la organización escolar, en Finlandia los grupos están integrados por 15 estudiantes mientras que en México, los grupos fluctúan entre 40 y 50 alumnos, en espacios reducidos y escasos recursos materiales.

No obstante lo anterior, los docentes de educación básica, cuentan con activos o recursos que los llevan a tener satisfacción por su labor, sentido de pertenencia a este gremio y motivaciones para defender su función social. Una de las razones que contribuyen a ello es el papel que ha jugado la profesión docente en la historia del país y en la movilización social. Después del movimiento armado Revolucionario Mexicano de 1910 a 1920, donde los docentes tuvieron un papel clave, tomaron ante la sociedad de esa época y hasta gran parte del siglo XX, una alta valía en la comunidad, al lado de figuras como los sacerdotes, los médicos y los abogados, gozaban de gran reconocimiento social y fueron partícipes del avance social desde las más alejadas poblaciones, dándole un sentido esencial sobre todo a la figura del *maestro rural*.

Por otra parte, con las leyes de educación, se inculcaron valores y una filosofía de la trascendencia del trabajo docente que fue ampliamente reconocido y que fue decayendo con el empobrecimiento del país y las condiciones económicas externas que han influido en los planes gubernamentales nacionales que han afectado de manera negativa la imagen al exterior y la autoimagen al interior del gremio magisterial.

Aun con todas estas adversidades, podemos considerar que quienes eligen la profesión a nivel superior y que siguen su formación académica a pesar de la reforma en la educación que implica más una reforma laboral que una educativa, mantienen su espíritu de agentes sociales transformadores que implica un alto sentido de trascendencia a través de los ciudadanos que forma, visualizando a la educación como una forma de transformar a la sociedad con movimientos intelectuales más que bélicos.

La Identidad Profesional y Ética como activo para la Salud Mental del profesorado de nivel básico, en educación pública

La identidad profesional y ética, es uno de los campos formativos del perfil de egreso de los docentes de educación básica en México, esto de acuerdo a los planes y programas para su formación inicial como docentes.

Al lado de otros cuatro rasgos como son habilidades intelectuales específicas, dominio de los contenidos de la educación básica, capacidad de reconocer el entorno escolar y habilidad para la comunicación oral y escrita, la identidad profesional y ética es un campo que implica la función social del docente como factor de cambio social y su importante función en la formación de los futuros ciudadanos del país, cuidando su desarrollo integral.

Esta asunción de una labor altamente gratificante por los efectos que genera, le otorgan al docente el sentido de trascendencia a través de sus alumnos y la responsabilidad de

ser un ejemplo para ellos, de ahí que se puede considerar como un recurso o activo para mantener y desarrollar la Salud Mental Positiva. Además, tratándose de menores de escuelas públicas, esto adquiere un carácter más profundo, ya que si su labor es adecuada, el docente podrá constatar el efecto de su trabajo en el avance de sus exalumnos y podrá incluso ser docente de los hijos de estos, lo que adquiere significados ligados a las familias.

Estudios relacionados con la Salud Mental de los docentes

Al igual como sucede con otras profesiones, la mayor parte de las investigaciones que se dedican a estudiar la Salud Mental (SM) en los docentes suelen enfocarse hacia las consecuencias negativas asociadas con el trabajo, centrándose particularmente en temas como el estrés y burnout.

Comenzando a hablar acerca del estrés, la docencia constituye una actividad laboral que cuenta con factores organizacionales y psicosociales que resultan demandantes y

en algunos casos adversos, situación que origina la aparición frecuente de distrés laboral entre estos profesionales, el cual suele asociarse de manera significativa con diversas alteraciones a la salud física y mental (Govind, Ratchagar y Violet, 2014).

Cabe señalar que la mayor parte de los factores asociados con la presencia de distrés entre los docentes son de tipo psicosocial, dado que solamente Cladellas y Castelló (2011), señalaron que entre los profesores universitarios, existen factores organizacionales como el trabajar en franjas horarias que se interponen con actividades familiares, en específico impartir clases antes de las 9 de la mañana y después de las 5 de la tarde, constituyen factores asociados con mayores niveles de estrés entre los docentes.

Respecto a los factores de riesgo psicosociales que se asocian con la presencia de distrés y la aparición de efectos negativos sobre la salud relacionados con éste, se observa que un esfuerzo-recompensa desbalanceado y un

sobrecompromiso con el trabajo, constituyen factores relacionados con el aumento del estrés y la disminución del bienestar mental entre los docentes (Corr, Cook, LaMontagne, Waters y Davids, 2015). Asimismo, características como contar con un estilo de afrontamiento de tipo emocional y una sensibilidad egocéntrica negativa, son factores de riesgo que potencian los efectos del estrés sobre la salud percibida (Lousinha y Guarino, 2013).

En cuanto al tema del burnout, en las investigaciones revisadas, éste es definido como un síndrome psicológico que aparece como una respuesta extrema al estrés crónico, encontrándose compuesto por 3 síntomas principales: Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). En el caso particular de los docentes se ha encontrado que los síntomas de agotamiento emocional se asocian con condiciones propias del trabajo como las prestaciones y las características de la supervisión recibida (Aldrete, Aranda, Valencia y Salazar,

2011), asimismo se observa que, características personales como el grado de estrés laboral percibido y la baja satisfacción con el trabajo realizado son factores que también predicen la aparición de esta sintomatología (Esteras, Chorot y Sandín, 2014). Por otra parte, la despersonalización y la baja realización personal, se encuentran asociadas principalmente con el tipo de sistema educativo al que pertenece la escuela, debido probablemente a la variación en las características de las demandas que se ejercen sobre los profesores (Arias y Jiménez, 2013).

Hablando desde un punto de vista general, el burnout constituye un trastorno que se asocia con factores como el nivel educativo que imparte el docente, observando entre los resultados de las investigaciones consultadas que los profesores de nivel básico y medio superior como la secundaria y preparatoria, suelen tener un mayor riesgo de presentar burnout en comparación con los docentes de universidad, probablemente debido a que trabajan con población

adolescente que resulta más demandante para el docente dentro de la práctica educativa (Díaz, López y Varela, 2010; Mota, Mollineado, Ordóñez y Torres, 2011).

Asimismo, se habla que ciertas características del ejercicio laboral del docente como el tipo de supervisión, las preocupaciones personales por la organización, los conflictos interpersonales, las restricciones organizacionales y la carga de trabajo demasiado elevada, constituyen factores que favorecen la aparición de burnout entre los profesores, el cual a su vez, afecta la salud física y mental por medio de la aparición de síntomas como la depresión (Díaz, López y Varela, 2010; Baka, 2015). Aunados a estos factores de riesgo psicosocial, investigaciones como las de Amador, Rodríguez, Serrano, Olvera y Martínez (2014), señalan que factores como el número de plazas que tiene el docente, el número de hijos y la antigüedad en el puesto son también factores de riesgo para la aparición de este trastorno.

En otro conjunto de estudios se ha encontrado que no solamente las características de la organización o la presencia de ciertos factores psicosociales favorece la aparición del burnout entre los docentes, sino que también los estilos de afrontamiento frente a las situaciones estresantes, constituyen factores que pueden proteger o poner en riesgo para tener éste síndrome.

Entre los resultados consultados se señala que el contar con apoyo social y tener la capacidad de buscarlo cuando se necesita, constituye un estilo de afrontamiento clave que previene la aparición de burnout entre los profesores, aunado a éste, la planificación, la solución de problemas, la reevaluación positiva de las situaciones y la búsqueda de apoyo profesional, son otros de los estilos de afrontamiento que se consideran protectores frente a este tipo de alteraciones (Gantiva, Jaimes y Villa, 2010; Guerrero, Gómez, Moreno, García y Blázquez, 2011; Jiménez, Jara y Miranda, 2012; Muñoz y Correa, 2012).

El estrés y el burnout constituyen importantes problemáticas que afectan a su vez la salud física y mental de los docentes, sin embargo, no son los únicos trastornos mentales que se han encontrado en esta población, en investigaciones como la realizada con maestras de preescolar en Guadalajara, Jalisco, se encontró que cerca del 25% de las docentes estudiadas, presentó alguna alteración mental, de entre las cuales las más comunes fueron las perturbaciones de sueño y la presencia de síntomas somáticos, problemáticas asociadas con características personales y laborales tales como el tener una mayor edad y antigüedad en el puesto, así como también se asociaron con variables relacionadas con la salud general correspondientes a tener una percepción de que el trabajo origina problemas de salud y ausentismo laboral por alguna alteración de salud física o mental (Aldrete, León, González, Medina, Contreras y Pérez, 2013).

Aunados a las variables anteriormente mencionadas, existen otros factores psicosociales del trabajo que favorecen

la aparición de alteraciones mentales entre los docentes, de entre los cuales los más relevantes son una relación esfuerzo-recompensa desbalanceada, un sobrecompromiso, la existencia de un exceso de demandas, la percepción de poco control sobre las exigencias laborales, así como también la sobrecarga física y mental de trabajo, acompañados de factores personales como un alto número de quejas físicas, una baja habilidad para recuperarse y un pobre sentido de coherencia en el trabajo (Gómez y Moreno, 2010; Velasquez y Bedoya, 2010; Amezcua, Preciado, Pando y Salazar, 2011; Seibt, Spitzer, Druschke, Scheuch y Hinz, 2013).

Como es posible observar, la docencia cuenta con factores que favorecen la aparición de alteraciones mentales entre los profesores, situación que puede afectar la calidad de la enseñanza que son capaces de brindar dentro de sus aulas e inclusive la propia Salud Mental de los alumnos con los que conviven cotidianamente, por lo cual ha aumentado la preocupación por monitorear la presencia de trastornos

mentales en este colectivo, inclusive, desde que se encuentran preparándose para ser docentes en instituciones formadoras de docentes.

Con respecto a ese tema, fue posible encontrar dos investigaciones en las cuales se rescató la importancia de estudiar la Salud Mental de los docentes durante su formación, sin embargo, sus resultados fueron contradictorios, por un lado Mundia (2013), encontró que los estudiantes normalistas de Asia no presentaron problemas mentales, mientras que por otra parte Uzman y Baki, 2015, observaron entre sus hallazgos que en Turquía la mayor parte de los futuros profesores presentó altos puntajes de distrés, siendo la depresión y la hostilidad algunos de los trastornos mentales que encontró más comúnmente entre esta población.

El abordaje negativo de la Salud Mental, que favorece el centrar la atención hacia las consecuencias adversas que tienen las condiciones de trabajo del docente en su salud, ha sido el elegido por la mayor parte de las investigaciones

encontradas hasta el momento, siendo escasos los trabajos que mantuvieron una concepción de la Salud Mental fundamentada desde una perspectiva positiva.

Desde esta postura, investigaciones como la realizada con profesores españoles y mexicanos de primaria, secundaria y bachillerato encontraron que el tipo de afectividad que maneja el docente predice el nivel de satisfacción laboral que percibe de su trabajo, observando que una afectividad positiva se relaciona con una mayor satisfacción. Hablando acerca de los factores personales que mejor predicen la satisfacción laboral, la afabilidad resultó ser predictor significativo en el caso de los docentes mexicanos, mientras que para los profesores españoles la afabilidad en conjunto con la apertura mental fueron los predictores más fuertes (Laca, Mejía, Yáñez y Mayoral, 2011).

Por su parte, Salter (2012) llevó a cabo un estudio cualitativo que tuvo como finalidad conocer la definición que tienen los profesores acerca del bienestar emocional y los

principales estresores a los que se enfrentan cotidianamente, observando entre sus resultados que el bienestar emocional es definido en torno a cuatro elementos principales: relación, bienestar físico positivo, felicidad y el poder compartir los sentimientos con otros como una estrategia de manejo de las emociones. Cabe señalar que estos elementos son vistos como herramientas que les ayudan a contrarrestar el estrés propio de su trabajo, del cual, el principal estresor identificado es la sobrecarga laboral.

A pesar de la larga lista de trabajos que parten de una óptica negativa de la Salud Mental para establecer parámetros de salud, existen estudios como los de Pena y Extrema (2012), en los cuales se pretende dar un abordaje positivo a la Salud Mental, sin embargo se parte de la idea de que existen ciertos recursos psicológicos que más que promover la Salud Mental, ayudan a disminuir el grado de enfermedad. En esta investigación se examinó la relación entre la inteligencia emocional percibida, el grado de burnout y el nivel de

engagement, obteniendo como resultado que la inteligencia emocional se asocia positivamente con el nivel de engagement del docente, mientras que se relaciona negativamente con el burnout, siendo la asimilación emocional y la percepción interpersonal las dimensiones de la inteligencia emocional que mejor predicen la aparición del burnout, así como, con respecto al engagement la regulación emocional resultó ser un fuerte predictor de los niveles presentados por los profesores.

Aunado a lo anterior, desde esta perspectiva positiva de la salud se han desarrollado diferentes intervenciones psicoeducativas enfocadas a aumentar los recursos con los que el docente cuenta para promover una mayor Salud Mental dentro de su espacio de trabajo. En una de estas investigaciones se aplicó un programa basado en conceptos básicos de la psicología positiva, inteligencia emocional y habilidades sociales, enfocándose a desarrollar el bienestar subjetivo, la satisfacción vital y laboral entre los profesores, encontrando que el uso de esta perspectiva favorece un

aumento significativo de las variables estudiadas, ayudando a mejorar la calidad de vida personal y laboral de los docentes por medio de la promoción de un mayor número de estados emocionales positivos, aspectos que influyen en su desarrollo integral como personas y afectan también a los alumnos con los que conviven cotidianamente (Cuadra, Veloso, Moya, Reyes y Vilca, 2010).

Finalmente, Franco (2010), desarrolló otra investigación destinada a comprobar los efectos que tiene un programa de intervención basado en meditación, con técnicas de conciencia plena (mindfulness) en los indicadores de burnout y resiliencia de profesores de secundaria, encontrando que los niveles del burnout disminuyeron y los de resiliencia aumentaron de manera significativa en el grupo experimental que recibió dicha intervención.

Salud mental ocupacional y la labor docente

Tradicionalmente la conceptualización y el abordaje de la Salud Mental (SM) ha sido desde un enfoque negativo, situación que como ya se ha mencionado, se ve reflejada en el campo de la salud ocupacional y por ende en su aplicación en colectivos como el docente; refiere Vázquez (2015) que esto se debe, por una parte, a la relación salud-enfermedad que se ha planteado, donde éstas son mutuamente excluyentes –es decir, se define a la salud como la ausencia de la enfermedad- y por lo tanto representan opuestos de un mismo continuo, y por otra, debido a que de manera prácticamente hegemónica, el trabajo ha sido considerado como una carga o castigo que se debe sufrir, por lo que sus características y las de salud se han asumido incompatibles.

De esta manera, la Salud Mental Ocupacional ha centrado sus prácticas en la supresión de la enfermedad, y en el mejor de los casos, en su prevención, bajo el supuesto de que eliminar o prevenir la enfermedad garantiza, de manera

inversamente proporcional, un incremento en la salud. Sin embargo, consideramos que enfermedad y salud son condiciones distintas, que implican procesos distintos, indicadores distintos y no precisamente antagónicos, y por lo tanto los esfuerzos para suprimir o prevenir la enfermedad no pueden garantizar la creación de salud, por lo que las intervenciones para la auténtica generación de la salud deberán ser diferentes a las que ofrece el abordaje negativo de la Salud Mental; en este sentido refiere Pando (2012) que enfermedad y Salud Mental son dos procesos diferentes y no los opuestos de uno mismo, y los indicadores de presencia o ausencia de enfermedad son diferentes de los de salud.

Así, al trabajar la Salud Mental con docentes se han dejado de lado la realización de acciones orientadas a una auténtica generación e incremento de la salud; no obstante, existen desde hace algunas décadas, esfuerzos por lograr una nueva conceptualización de la Salud Mental a partir de sus propias características, con indicadores positivos y un enfoque

proactivo centrado en la promoción de factores salutógenos (Vázquez 2015); esta postura surge en contraste con el abordaje tradicional que la define a partir de la negación de indicadores de enfermedad -la cual ha sido ampliamente utilizada en diversidad de modelos y teorías- y que centra sus prácticas de manera reactiva con intervenciones remediales o preventivas de la enfermedad.

Refiere Vázquez (2015), que esta transición no se ha concretado, apareciendo en el *inter*, algunas propuestas que se asumen positivas aun cuando siguen considerando la ausencia de psicopatología o trastorno mental como principal indicador de la presencia de Salud Mental; otras muestran de manera tácita, un enfoque reactivo que busca intervenir ante la presencia de factores patógenos o de riesgo, dejando de lado la auténtica promoción y devolviendo el foco de atención a la supresión de la enfermedad o en el mejor de los casos a la prevención de la misma. A esta perspectiva la hemos denominado abordaje mixto, sin embargo consideramos que

más que una nueva aproximación a la Salud Mental, denota un estado incipiente de transición hacia un enfoque auténticamente positivo.

Si bien ha quedado más o menos claro que las intervenciones remediales corresponden al enfoque negativo, sigue existiendo controversia respecto a la promoción y prevención, y en la práctica se ha asumido que las intervenciones preventivas corresponden a un abordaje positivo; consideramos que las perspectivas negativas se centran en la enfermedad, y por lo tanto –de manera reactiva– en su prevención o remedio, en factores protectores o factores patógenos, mientras que una perspectiva auténticamente positiva debe centrarse en la salud, y por lo tanto en su generación, en factores promotores, salutógenos o eugenésicos.

Una aproximación genuinamente positiva debe ser proactiva, partiendo de una postura salutógena, enfocada primordialmente en la generación de círculos virtuosos y no en

la supresión de círculos viciosos, es decir, centrada en la promoción, ya que ésta se ocupa de los determinantes de la Salud Mental, mientras que las intervenciones remediales y preventivas se centran en la enfermedad y sus causas, por lo que la promoción es objetivo de una auténtica Salud Mental Positiva (Vázquez, 2015).

El trabajo ya no es considerado como una carga o castigo, sino que representa una oportunidad para crear y trascender, por lo que las características de trabajo y salud son compatibles, y por lo tanto, fuente de bienestar y satisfacción.

Necesidad de un modelo teórico para el abordaje positivo de la Salud Mental Ocupacional

Actualmente no existe un constructo de Salud Mental con un enfoque positivo en el ámbito ocupacional. A más de cien años de estudio de la Salud Mental, los avances para llegar a un consenso respecto a su conceptualización parecen ser insuficientes; el disenso en cuanto a su abordaje y sus

componentes no ha permitido unificar criterios en un constructo que sea claro en términos científicos y operativamente útil, lo que dificulta a su vez el progreso en cuanto al establecimiento de estándares para su medición ya que estos quedan determinados por la propia concepción de la Salud Mental.

Consideramos que es necesario un abordaje verdaderamente positivo de la Salud Mental, enfocado en la salud y su promoción, en factores salutógenos o eugenésicos; que sea aplicable al ámbito laboral, dado que el trabajo representa una de las actividades más importantes para el hombre, no solo por tratarse de un medio de subsistencia, sino también, debido a que se le dedica gran parte del tiempo durante la vida productiva (Pando, 2012; Portero, 2012), por lo que se trata de una de las circunstancias que más influye en la Salud Mental de las personas.

No es nuestra intención obviar la importancia de las intervenciones preventivas y remediales, sin embargo debemos dejar claro que un verdadero enfoque positivo de la Salud

Mental se centra en la promoción, ya que esta se ocupa de los determinantes de la salud, mientras que la curación y la prevención se concentran en las causas de la enfermedad; en este sentido, abordar una postura en la que se deba preservar la Salud Mental, es asumir que la enfermedad mental tiene un cauce natural.

Refiere Vázquez (2015) que la salud es la condición natural del ser humano; el equilibrio, el buen funcionamiento del organismo y el bienestar son la base de la vida del hombre. Por el contrario, la enfermedad, el desequilibrio, el mal funcionamiento del organismo y el malestar, no tienen un cauce natural en la vida, sino que representan una alteración de la condición humana.

Se requiere entonces, tener un constructo teórico claro y operativamente útil de Salud Mental, como una fuerza positiva; por tales motivos se propone un modelo para abordar a la Salud Mental Ocupacional desde un enfoque auténticamente positivo con una perspectiva salutogénica; no desde la

rehabilitación que supone la recuperación del estado de normalidad, ni desde la prevención que supone el curso natural de la enfermedad, sino desde una postura eugenésica que implica la promoción de la Salud Mental.

Modelo de Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO) y su aplicación en el ámbito laboral docente

En los últimos años, autores como Pando (2012) y Vázquez (2015), se han preocupado por proponer un modelo teórico para el abordaje de Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO), que parte desde la psicología positiva, ya que aborda aspectos como el bienestar psicológico, la felicidad, así como las fortalezas y virtudes humanas; asimismo consideran aportaciones del humanismo como lo es el desarrollo de capacidades y potencialidades humanas, pero a su vez con base en las contribuciones de la salutogénesis para la generación de círculos virtuosos de creación e incremento de la salud. Por último, toma en cuenta el enfoque ambiental como

base para promover la Salud Mental en distintos contextos como es el ámbito ocupacional.

Dicho modelo teórico no parte de la negación de una condición (en este caso la enfermedad mental, trastorno mental, psicopatología o disfunción), para definir a la Salud Mental. Tampoco se basa en la normalidad estadística, social o reglamentaria, para concebir a la Salud Mental Positiva Ocupacional, sino que la define a partir de sus propias características y no a partir de la ausencia de otras cualidades ajenas a ella; desde esta perspectiva, la Salud Mental no es estática, sino dinámica por lo que es algo que cada individuo posee en mayor o menor grado, y en este sentido podemos hablar de Salud Mental en mayor o menor cantidad y calidad. En este sentido, la Salud Mental conceptualizada desde un enfoque auténticamente positivo, no se encausa a la enfermedad, sino que se centra en indicadores positivos de salud.

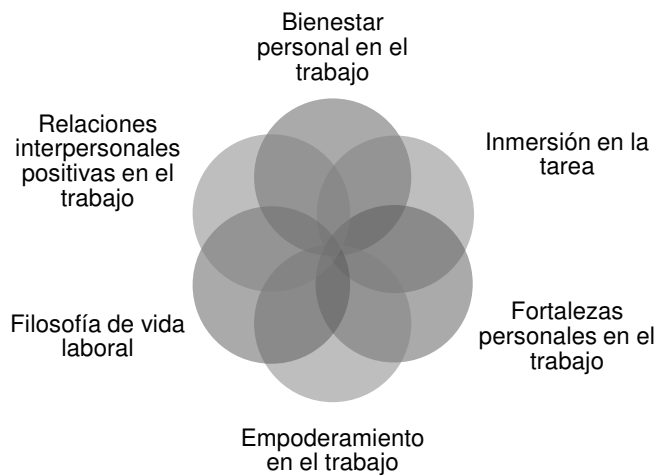
De esta manera, la salud y la enfermedad no representan opuestos de un mismo continuo, sino que son entidades diferentes, con procesos distintos y por lo tanto indicadores distintos y no precisamente antagónicos. Desde esta óptica, suprimir la enfermedad no garantiza la generación de salud, por lo que las intervenciones orientadas a promover la Salud Mental deberán ser distintas a las intervenciones para suprimir o prevenir la enfermedad.

El modelo propuesto por Vázquez (2015) plantea un constructo teórico de Salud Mental Positiva Ocupacional el cual consta de seis componentes; bienestar personal en el trabajo, relaciones interpersonales positivas en el trabajo, filosofía de vida laboral, empoderamiento en el trabajo, fortalezas personales en el trabajo, e inmersión en la tarea (Ver Figura 1). Estos seis componentes, se despliegan a su vez en cuatro dimensiones; la cognitiva, la socioafectiva, la comportamental y, la espiritual (Ver figura 2). Cabe mencionar que debido a las características propias de cada uno de los seis componentes

de la Salud Mental Positiva Ocupacional, estos pueden tener mayor carga de alguna de estas dimensiones.

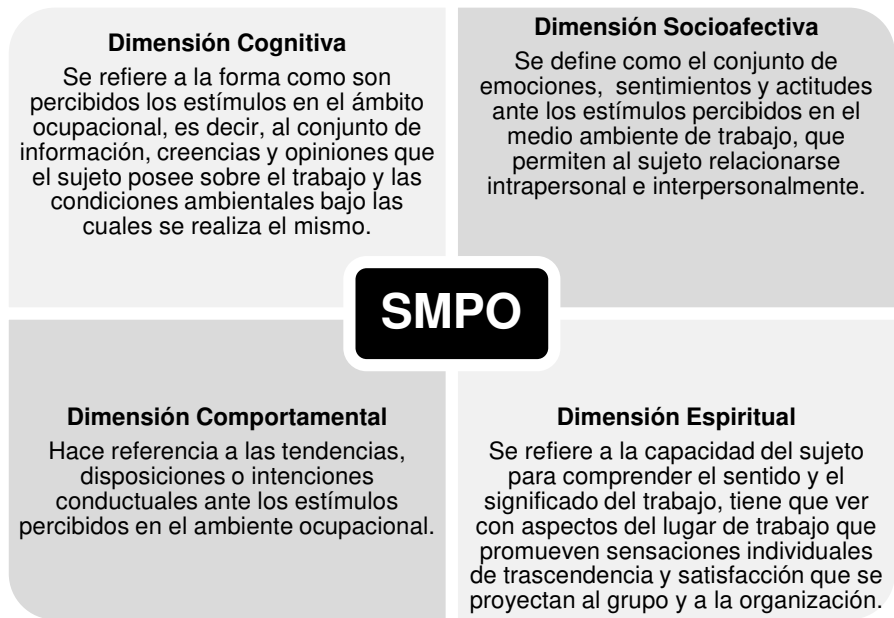
Figura 1. Componentes que integran la Salud Mental Positiva

Ocupacional (SMPO)



Fuente: Vázquez, 2015

Figura 2. Dimensiones de la Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO)



Fuente: Vázquez, 2015

El componente de *relaciones interpersonales positivas en el trabajo*, se refiere a la capacidad del individuo para establecer relaciones sanas y afectuosas con los demás en su trabajo; contempla elementos como las relaciones laborales afectuosas, la grupalidad, las redes sociales de apoyo, el

sentido de pertenencia al colectivo ocupacional, un apego satisfactorio a las normas laborales, reconociendo que es en beneficio de la comunidad y que lo que es bueno para la sociedad puede no serlo para el individuo; así como la comunicación asertiva en el trabajo entre otros aspectos.

El *bienestar personal en el trabajo* es un componente que hace referencia a la valoración del individuo con relación a su trabajo en términos positivos, y que incide en la presencia de sentimientos, sensaciones y emociones positivas en su actividad laboral; considera elementos entre los que se reconocen los siguientes: la autovaloración positiva como trabajador, la autoestima positiva en el trabajo, el disfrute de la identidad de género en el trabajo, la vitalidad en el trabajo, la afectividad positiva derivada del trabajo, el disfrute del trabajo, el sentido de logro en el trabajo, así como la autorrealización en el trabajo.

Otro de los componentes de la Salud Mental Positiva Ocupacional es el empoderamiento en el trabajo, se refiere a

las capacidades del individuo necesarias para poder mejorar su propia vida laboral, así como al proceso mediante el cual las personas desarrollan estas capacidades; incluye elementos como la percepción adecuada de la realidad laboral, la autorregulación en el trabajo, la autodeterminación para el trabajo, la autoeficacia laboral, el locus de control interno en el escenario laboral, la adaptación al entorno laboral, el dominio y control del entorno ocupacional, la autoactualización y desarrollo laboral, así como una autogestión de la salud ocupacional, estrechamente relacionada con los activos psicosociales.

La Salud Mental Positiva Ocupacional está integrada también por el componente de *filosofía de vida laboral*, que se refiere al conjunto de pensamientos, creencias y valores que le ayudan al individuo a darle sentido al trabajo y a dirigir su vida laboral de una manera sana, placentera y significativa; contiene elementos como el sentido y significado del trabajo, los ideales laborales, el proyecto de vida laboral, un adecuado balance

entre el trabajo y el tiempo libre, así como la identidad ocupacional, entendida como la congruencia entre los valores personales y los valores inherentes al trabajo.

El componente de *fortalezas personales en el trabajo*, hace referencia a un conjunto de rasgos positivos presentes en el individuo que promueven el potencial humano y ayudan a que tenga una vida laboral satisfactoria y significativa; contempla elementos como la conservación de la autonomía en el trabajo, la creatividad en el trabajo, la esperanza en el trabajo, el optimismo en el trabajo, el altruismo en el trabajo, la serenidad o armonía en el trabajo, el sentido del humor en el trabajo, así como el sentido de trascendencia a través del trabajo.

Por último, la *inmersión en la tarea*, es el componente de la Salud Mental Positiva Ocupacional que se refiere al estado mental operativo en el cual una persona está completamente inmersa en la tarea que ejecuta. Se caracteriza por un sentimiento de enfocar la energía, de total implicación con la

actividad –cabe aclarar, que no necesariamente es implicación con la empresa, ni siquiera con el trabajo, sino que es una inmersión propiamente en las actividades realizadas-, y de éxito en la realización de la actividad. Esta sensación se experimenta mientras la actividad está en curso, e implica elementos como el tener objetivos claros, una elevada concentración en la tarea, un equilibrio entre habilidad – desafío, una actividad intrínsecamente gratificante y un sentido de trascendencia durante la realización de la actividad

Por su parte, las dimensiones de la Salud Mental Positiva Ocupacional integran diversos elementos; la *dimensión cognitiva* contempla pensamientos, creencias, ideas y juicios de valor relacionados con el trabajo; la *dimensión socioafectiva* está integrada por los sentimientos, sensaciones, emociones, motivación, actitudes, así como las relaciones intrapersonales e interpersonales en el trabajo; la *dimensión comportamental* considera elementos como son las conductas, acciones y prácticas en el trabajo; por último, la *dimensión espiritual*

contempla elementos como el significado y sentido del trabajo, la inspiración y creación en el trabajo, el orgullo y sentido de trascendencia a través del trabajo, la pasión y entusiasmo por el trabajo, la noción de aportación a la comunidad, así como el sentido de pertenencia a una comunidad y armonía en el trabajo.

Queremos enfatizar la importancia de la espiritualidad en el trabajo debido a que puede representar uno de los aspectos más importantes en la motivación intrínseca de los trabajadores y por ende, en su bienestar subjetivo favorable a su Salud Mental generada por la esencia de su trabajo.

Autores como Argandoña, refieren que: Un directivo que no tenga en cuenta la dimensión espiritual de él mismo, de su organización y de sus empleados, no puede ser un buen directivo, porque está dejando algún cabo suelto en el funcionamiento de la empresa, en particular la atención a las legítimas motivaciones de sus empleados, que pueden ser un deber de justicia de la empresa para con ellos, pero que,

además, vienen exigidas por la necesidad de contar con ellos para sacar adelante los objetivos de la empresa, en la actualidad y en el futuro. “Olvidar la dimensión espiritual de sus empleados no es un descuido menor: es estar ciego para una parte de la realidad que le debe interesar como directivo” (Argandoña, 2014: s/p).

Este mismo autor, argumenta que a partir de los cambios producidos en el mundo de la economía y de la empresa y, sobre todo, en el mundo del trabajo, a finales del siglo XX y principios del XXI florece el interés por la espiritualidad en la empresa, es decir, en el trabajo. Que esta espiritualidad en el trabajo establece la necesidad de lugares para la meditación personal en el espacio laboral, con objeto de encontrar el sentido del trabajo; Actividades colectivas para poner de manifiesto el carácter relacional, social, de esa actividad, y si esto es o no una forma de ética aplicada al trabajo (Argandoña, 2014). En otras palabras, se ha desarrollado la necesidad, teórica y, sobre todo, práctica, de

introducir una dimensión espiritual en el trabajo y el reconocimiento de la variedad de dimensiones de la persona humana, que tiene una realidad corporal y otra espiritual, incluyendo su capacidad de conocer y de hacer, sus sentimientos y emociones, sus actitudes, valores y virtudes (Argandoña, 2014).

Por otra parte, Vergara, J. y Camacho, E. (2014), sostienen que como beneficios de desarrollar la espiritualidad, tanto en el trabajo como en la vida cotidiana, se pueden mencionar una mayor serenidad, paz y alegría, mejor autoestima, aceptación de uno mismo y de las propias limitaciones, una visión de esperanza y afecto personal. El sentido de trascendencia que genera el trabajo, es una actividad que claramente promueve la salud (Vergara, J. y Camacho, E., 2014).

Asimismo, señalan que toda intervención espiritual que se realice para el incremento de la Salud Mental, debe estar adaptada culturalmente y al mismo tiempo, reconocen que la

investigación en este campo, es relativamente reciente, pero que sin duda, las evidencias empíricas derivadas de estudios científicos, darán sorpresas en un futuro cercano. Esto independientemente de cuáles sean las creencias de las personas, ya que el aspecto espiritual, no se limita a religiosidad, sino como ya se expuso anteriormente, tiene un sentido de trascendencia a lo material.

Los activos como acceso a la Salud Mental positiva del trabajo docente

Además de lo hasta aquí mencionado nos parece importante abordar el tema de los *activos* o recursos con los que cuentan las personas y aunque estos no son un concepto nuevo, consideramos la trascendencia de su importancia como elementos que facilitan la gestión de la Salud Mental Positiva Ocupacional ya que desde un punto de vista social o económico, pueden ser representados de manera interna como externa al individuo. Estos activos o recursos se ven

transformados en un capital que facilita al individuo la gestión de su salud integral y por ende, de su Salud Mental. En este sentido la cultura favorece o limita la adquisición o desarrollo de tales activos.

Es por ello que para la promoción de la auténtica Salud Mental Ocupacional, consideramos el modelo de activos, como una oportunidad para el desarrollo de las potencialidades o recursos que un individuo posee y que puede incluso generar o desarrollar a partir de su entorno de trabajo.

Hablemos entonces de activos psicológicos, traducidos en habilidades cognitivas, afectivas y comportamentales; así como en activos sociales que con estas herramientas puede generar o desarrollar para la Salud Mental Positiva Ocupacional, entre los cuáles podemos mencionar a las redes de apoyo social positivo, la capacidad para recibir y solicitar ayuda, la creatividad en el trabajo, la autogestión de la Salud Mental en un clima organizacional favorable y muchos otros.

El enfoque de los activos, a pesar de no ser un modelo nuevo, se ha revitalizado en los últimos años en el contexto social y en los objetivos de las políticas públicas para reducir las desigualdades sociales en salud (Morgan y Hernán, 2013).

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) enfatiza la importancia de la acción coordinada de todos los interesados, así como la trascendencia de la mediación entre los diferentes intereses dentro de la sociedad, por la búsqueda de la buena salud. Es así que promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control para mejorar su salud (OMS, 1986).

Los beneficios y utilidad de los activos para la Salud Mental Positiva Ocupacional

Como lo señala Morgan y Hernán (2013), el modelo de *activos para la salud* (MAS) pretende añadir valor a una serie de conceptos e ideas preexistentes que poseen el potencial de fomentar nociones de salud positivas.

Siguiendo con las ideas de estos autores, coincidimos en que existe una serie de razones que permiten aprovechar tanto la teoría como la práctica de este planteamiento, entre ellos tenemos que muchos de los activos a los que hacemos alusión se encuentran en el contexto social del trabajador de la educación, lo cual le otorga un potencial para incrementar su Salud Mental, independientemente de las condiciones en las que se desenvuelva. Al trascender culturas, contextos y políticas, permite una mayor igualdad en el acceso a la Salud Mental, concepto que es favorecido por la salud pública, la economía de la salud y por la epidemiología de la salud.

Por otra parte, existe gran interés y énfasis en organismos internacionales por los llamados *determinantes sociales de la salud*. En este tenor, aunque se reconoce que existen nuevos conocimientos y evidencias empíricas respecto a intervenciones que favorecen la Salud Mental, resulta esencial valerse de los ya existentes y que la teoría, principios y valores promovidos por el MAS, sean trabajados para

colaborar con investigación aplicada en el tema de la educación sanitaria en los colectivos de trabajadores docentes quienes cuentan con sus propios activos psicosociales que son diferenciados del resto de los trabajadores, de tal forma que se compruebe que estos planteamientos se pueden ver reflejados en una mejor Salud Mental y bienestar de los trabajadores docentes.

Por último, reflexionemos en que la inversión en salud pública desde el ámbito del trabajo, siempre será rentable, particularmente enfocándonos al capital humano, si lo vemos administrativamente como un recurso, el más valioso de cualquier empresa.

Como lo señalan Morgan y Hernán (2013), el MAS por naturaleza propia, tiene un efecto transversal y un impacto positivo en los hábitos saludables de los trabajadores, lo cual puede ser ampliamente aplicado a los docentes, así, la salud se convierte en un valor y un capital individual y colectivo, transferible y cuantificable en términos, incluso monetarios.

Por todo lo anterior, consideramos al modelo de activos para la salud, como una postura importante desde la cual se puede generar ganancias en Salud Mental Positiva para los docentes, ya que por las características de su trabajo, que ya hemos señalado anteriormente, tiene un amplio potencial en activos para su Salud Mental, que parte de la propia esencia de su trabajo, con lo cual nos oponemos a la idea de que el trabajo docente sólo causa trastornos o enfermedad, sino que incluso le puede otorgar motivos de bienestar y felicidad a estos trabajadores.

Algunas reflexiones para concluir

Los docentes, además de los médicos y enfermeras, han sido de los colectivos de trabajadores más estudiados en términos de su Salud Mental, o tal vez, de acuerdo a la postura que hasta aquí hemos defendido, de sus condiciones de enfermedad producida por el trabajo.

En México y en otros países poco desarrollados económicamente, el docente es un trabajador que recibe poco sueldo, considerándose uno de los peor pagados y con altas exigencias que poco favorecen su Salud Mental Positiva.

Sin embargo, nosotros partimos de la premisa de que todo trabajo puede generar Salud Mental Positiva y de que todos los trabajadores, independientemente de la naturaleza de su ocupación, pueden tener una mayor cantidad y/o calidad en su Salud Mental, pero nunca ausencia total de esta.

Desde esta perspectiva, defendemos la postura de que el trabajo debe proporcionar a los trabajadores en este caso a los docentes de educación básica en el sector público, las condiciones para desarrollar mayor Salud Mental a partir de su propia función, por medio de la promoción de la salud y la educación para el desarrollo positivo de sus potencialidades y recursos personales y sociales.

Retomamos la teoría de los activos para la Salud Mental, por considerar que apoyan nuestra postura salutogénica, al

sostener que son los recursos con los que cuenta el trabajador docente en su entorno de trabajo y los que posee de manera individual, el punto de partida por medio del cual puede gestionar su propia Salud Mental.

Estos activos se ven reflejados en atributos personales que facilitan el intercambio con el entorno social y material de manera saludable, con lo cual optamos por sustraernos a que el entorno solamente enferma o genera malestar o trastornos, sino que por el contrario, es a partir de cualidades positivas que todo individuo posee, que pueden ayudar al incremento de su bienestar y felicidad generada por el trabajo.

Hemos corroborado en las investigaciones publicadas en la literatura científica, la predominancia de la postura negativa de la Salud Mental, que parte de la medición de las enfermedades y de los escasos trabajos que realmente se centran en la Salud Mental Positiva Ocupacional.

Asimismo, hemos expuesto las diversas posturas teóricas que transitan desde una postura negativa, pasando por

una mixta o intermedia, hasta una postura auténticamente positiva, así como de la teoría de los activos para la Salud Mental. Señalando la necesidad de incrementar la investigación aplicada que corrobore la importancia de estas posturas para favorecer a este grupo de trabajadores y a muchos otros.

Un aspecto importante en este capítulo, estuvo centrado en la espiritualidad en el trabajo, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a algunos autores (Argandoña, A., 2014; Vergara, J. y Camacho, E. 2014), señalan como esenciales en el sentido de la vida y del trabajo y no sólo se debe contemplar la parte material, psicológica y social del trabajador docente, sino un aspecto que trasciende lo material.

Finalmente concluimos con algunas reflexiones respecto al tema, que pueden servir para continuar defendiendo nuestra postura salutogénica.

Referencias

- Aldrete, M., Aranda, C., Valencia, S. & Salazar, J. (2011). Satisfacción laboral y síndrome burnout en docentes de secundaria. *Revista de Educación y Desarrollo*, 15-22.
- Aldrete, M., León, S., González, R., Medina, E., Contreras, M. & Pérez, B. (2013). El trabajo y la salud mental de las profesoras de preescolar de la zona metropolitana de Guadalajara (México). *Salud Uninorte*, 29 (3), 478-486.
- Amador, R., Rodríguez, C., Serrano, J., Olvera, J. & Martínez, S. (2014). Estrés y burnout en docentes de educación media superior. *Medicina, Salud y Sociedad*, 4 (2), 119-141.
- Amezcuca, M., Preciado, L., Pando, M. & Salazar, J. (2011). Factores psicosociales y sintomatología depresiva en profesionales docentes que trabajan con alumnos especiales. *Revista de Educación y Desarrollo*, 67-72.
- Arias, W. & Jiménez, N. (2013). Síndrome de burnout en docentes de Educación Básica Regular de Arequipa. *Educación*, 22 (42), 53-76.
- Argandoña, A. (2014). ¿Qué es la espiritualidad en el trabajo? Universidad de Navarra, España. Consultado en: <http://blog.iese.edu/antonioargandona/2014/01/13/que-es-la-espiritualidad-en-el-trabajo/>
- Baka, L. (2015). Does job burnout mediate negative effects of job demands on mental and physical health in a group of teachers? Testing the energetic process of job demands-

- resources model. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28 (2), 335-346.
- Cladellas, R. & Castelló, A. (2011). Percepción del estado de salud y estrés, de profesorado universitario, en relación con la franja horaria de docencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 (1), 217-240. ISSN: 1696-2095.
- Corr, L., Cook, K., LaMontagne, A., Waters, E. & Davis, E. (2015). Associations between Australian early childhood educators' mental health and working conditions: A cross-sectional study. *Australasian Journal of Early Childhood*, 40 (3), 69-78.
- Cuadra, A., Veloso, C., Moya, Y., Reyes, L. & Vilca, J. (2010). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Revista Salud & Sociedad*, 1 (2), 101-112.
- Del Rey Calero, J. & Calvo, J.R. (1998). Como cuidar la salud. Su educación y promoción. (pp. 457) Madrid, España: Harcourt Brace.
- Díaz, F., López, A. & Varela, M. (2010). Factores asociados al síndrome de burnout en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia. *Universitas Psychological*, 11 (1), 217-227.
- Esteras, J., Chorot, P. & Sandín, B. (2014). Predicción del burnout en los docentes: papel de los factores organizacionales, personales y sociodemográficos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (2), 79-92.

- Franco, C. (2010). Intervención sobre los niveles de burnout y resiliencia en docentes de educación secundaria a través de un programa de conciencia plena (mindfulness). *Revista Complutense de Educación*, 21 (2), 271-288.
- Freire, P. (2004). Cartas a quien pretende enseñar. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina S.A.
- Gantiva, C., Jaimes, S. & Villa, M. (2010). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología desde el Caribe*, 26, 36-50.
- Gómez, V. & Moreno, L. (2010) Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 393-407.
- Govind, K., Ratchagar, I. & Violet, R. (2014). Job Stress in Relation to Mental Health among the College Teachers. *Annamalai International Journal Of Business Studies & Research*, 6 (1), 35-46.
- Guerrero, E., Gómez, R. Moreno, J., García, E. & Blázquez, M. (2011). El síndrome del quemado, modos de afrontamiento del estrés y salud mental en profesores no universitarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19 (3), 557-576.
- Jiménez, A., Jara, M. & Miranda, E. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Revista Semestral da*

Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional ,
SP, 16 (1), 125-134.

- Laca, F., Mejía, J., Yáñez, C. & Mayoral, E. (2011) Factores afectivos y de personalidad como antecedentes del bienestar laboral en profesores españoles y mexicanos. *Pensamiento Psicológico*, 9 (16), 1126.
- Lousinha, A. & Guarino, L. (2013). Diferencias individuales como moderadoras de la relación estrés-salud en docentes universitarios. *Summa Psicológica UST (En Línea)*, 10 (1), 1-13.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory: Manual (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Morgan, A. & Hernán, M (2013). Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit*, 15, 78-86.
- Mota, F., Molliendo, L., Ordóñez, A. & Torres, I. (2011) Burnout en profesores de Villahermosa Tabasco: análisis correlacional con variables sociodemográficas y laborales. En A. Barraza & A. Jaik (Eds.) Estrés, burnout y bienestar subjetivo (pp. 182-210) Durango: Instituto Universitario Anglo Español y Red Durango de Investigadores Educativos A. C.
- Mundia, L. (2013). Relationship Between Mental Health and Teaching. Evidence from Brunei Trainee Teachers. *International Journal of Mental Health*, 42 (2–3), 73-98.

- Muñoz, C. & Correa, C. (2012). Burnout docente y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y secundaria. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3 (2), 226-242.
- Pando, M., Águila, J. A. Acosta, M., Amezcua, M. T., & Aranda C. (2008). Factores psicosociales protectores en salud ocupacional. En M. Pando, J. Román y M. Acosta (Eds.). *Factores psicosociales de riesgo de trabajo en la empresa*. Cuba: Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales.
- Pando, M., Aranda, C., Parra, L., & Ruiz, D. (2012). *Eugenesia laboral: salud mental positiva en el trabajo*. Cali, Colombia: Universidad Libre Seccional Cali.
- Pando, M., Castañeda, J., Gregoris, M., Aguilar, M., Ocampo, L., & Navarrete, R. (2006). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12 (3), 523-259.
- Payne, R.L. & Cooper, C.L. Emotions at Work (2004). Theory, research and applications for management. Ed. John Wiley & Sons, Ltd. Great Britain.
- Pena, M. & Extremera, N. (2012). Inteligencia emocional percibida en el profesorado de Primaria y su relación con los niveles de burnout e ilusión por el trabajo (engagement). *Revista de Educación*, 359, 604-627. Doi: 10.4438/1988-592X-RE-2011-359-109.

- Salter, E. (2012). Promoting the emotional wellbeing of teaching staff in secondary schools. *Educational and Child Psychology, 9* (24),183.
- Seibt, R., Spitzer, S., Druschke, D., Scheuch, K. & Hinz, A. (2013). Predictors of mental health in female teachers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 26* (6), 856-869.
- Uzman, E. & Baki, B. (2015). Prospective Teachers' Mental Health and Their Help-Seeking Behaviours. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 28* (3), 242-254.
- Vázquez, J. C. (2015). *Diseño, validación y fiabilidad de una escala para medir salud mental positiva en el ámbito ocupacional*. Tesis doctoral no publicada. México: Universidad de Guadalajara.
- Velásquez, O. & Bedoya, E. (2010). Una aproximación a los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos los docentes contratados bajo la modalidad de horas cátedra en la ciudad de Medellín. *Uni-Pluri/versidad, 10* (2), 1-14.
- WHO. The Ottawa charter for health promotion. 1986. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 (acceso 21 de noviembre de 2015)

El libro SALUD MENTAL POSITIVA EN EL TRABAJO se terminó de imprimir en 2016.

Esta edición se realizó bajo el cuidado de PIENSO en Latinoamérica, A. C.

La edición consta de 1,000 ejemplares
más sobrantes para reposición

Impreso en ABC Impresiones
Calle Pedro Moreno 640, 44100
Col. Centro, Guadalajara, Jalisco, México.

PIENSO en Latinoamérica

Programa de Investigación EN Salud Ocupacional

ISBN 978-607-00-9650-1



Impreso en México/ Printed in Mexico
Diseño de portada: Dra. Carolina Aranda Beltrán