

Normalidad y Salud Mental: análisis de una relación multivalente*

Normality and Mental Health: analysis of a multivalent
relationship

Juan Carlos Jaramillo Estrada¹, Diego Alveiro Restrepo-Ochoa²
Universidad CES, Medellín, Colombia

Forma de citar: Jaramillo, J.C. & Restrepo-Ochoa, D.A. (2015). Normalidad y Salud Mental: análisis de una relación multivalente. *Revista CES Psicología*, 8(1), 37-46.

Resumen

Las categorías de "Normalidad" y "Salud Mental" se encuentran estrechamente relacionadas; aquello que se considera "mentalmente sano", está ligado a una idea de lo que se estima como "normal" en cada contexto histórico y cultural. Existen al menos cuatro formas de entender la "normalidad", que determinan las formas de conceptualización e intervención en salud mental: adaptación/inadaptación, entendida como el ajuste del sujeto a las expectativas sociales; salud/enfermedad, determinada por factores biológicos, bajo la lógica del modelo médico; normalidad estadística/anormalidad estadística, definida a partir de criterios estadísticos de distribución poblacional, y bienestar/malestar, relacionada con la valoración que los propios sujetos hacen sobre sus experiencias vitales. En el presente artículo se discute la relación entre las categorías de normalidad y salud mental a partir de estos cuatro pares antitéticos, señalando algunas implicaciones teóricas y prácticas derivadas de cada uno de ellos.

Palabras clave: Adaptación, Bienestar, Salud Mental, Normalidad.

Abstract

The categories "Normality" and "Mental health" are closely related. What is considered "mentally healthy" is linked with what is estimated as "normal" in every historical and cultural context. There are at least four ways to comprehend "normality" which determinate the forms of conceptualization and intervention in mental health: adjustment/ maladjustment understood as the subject's adaptation to the social expectation; health/illness determined by biological factors under the medical model; statistics normality/ statistics abnormality defined from statistics criteria of population distribution and wellbeing/ discomfort related with the assessment that subjects make about their own life experiences. This paper shows discussion about the relationship between the categories "normality" and "mental health" from the perspective of these four antithetical pairs and the analysis of the theoretical and practical implications of each one of these perspectives.

Keywords: Adaptation, Mental Health, Normality, Well-Being.

*Este artículo es derivado del proyecto de investigación "La emergencia del sujeto postmoderno: retos y posibilidades para la psicología clínica", que adelanta el docente Juan Carlos Jaramillo en el marco del Doctorado en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín, Colombia.

¹ Magíster en Psicología. Psicólogo. Docente Investigador Universidad CES. jjaramillo@ces.edu.co

² Ph.D. en Salud Pública. Psicólogo, Docente Investigador Universidad CES drestrepo@ces.edu.co

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países (World Health Organization [WHO], 2008). A partir del *slogan* “No hay salud sin salud mental” (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005), la OMS ha insistido en la necesidad de integrar la salud mental en todos los aspectos de la salud y la política social (Prince et al., 2007; WHO, 2008), tanto por la magnitud de los problemas relacionados con la enfermedad mental como por los costos que conlleva y, sobre todo, por su impacto a nivel individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005).

La OMS define la salud mental 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” (2007).

Por su parte, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá la ha definido como:

La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo, el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (República de Colombia. Ministerio de Salud, julio 13 de 1998).

Más recientemente, en la Ley Nacional de Salud Mental de Colombia (Ley 1616, 2013), se presenta el siguiente planteamiento con relación a la definición de salud mental:

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La salud mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (Congreso de Colombia, 21 de enero de 2013, p.1).

Todas estas definiciones de salud mental comportan, al menos, tres problemas fundamentales: el eclecticismo conceptual, la dificultad operacional y la brecha entre los conceptos y la práctica.

El eclecticismo conceptual se refiere a la mezcla de referentes teóricos al momento de dotar de contenido las categorías centrales de cada definición (p.e. bienestar, capacidades, funcionamientos, etcétera). Dado que muchas de estas categorías tienen un correlato en el universo del sentido común, la presentación de estas definiciones parece bastante clara y comprensible; no obstante, al realizar un análisis crítico de las mismas, se ponen en evidencia importantes contradicciones, imprecisiones y vacíos.

De este eclecticismo se deriva el segundo problema: la dificultad operacional. A

diferencia de los trastornos mentales que, siguiendo los preceptos del modelo biomédico, pueden ser objetivados e intervenidos dentro de cierto margen de certidumbre, predicción y control (utilizando para ello manuales diagnósticos como el DSM y el CIE), las definiciones de salud mental desarrolladas a partir de categorías como “bienestar” y “capacidades” son borrosas y traen consigo importantes dificultades para pasar del plano conceptual e ideológico al terreno práctico de la evaluación y la intervención.

Finalmente, y como consecuencia de lo anterior, se presenta una brecha entre la noción de salud mental -definida en términos “positivos”- y las prácticas en el campo de la salud mental, que usualmente se concentran en el ámbito del riesgo y de la enfermedad mental. Así, la salud mental se ha constituido en una “etiqueta” socialmente aceptada para referirse a las investigaciones, políticas, intervenciones y servicios que se ocupan de la enfermedad mental.

Una de las raíces de esta situación problemática es la noción de normalidad, entendida como criterio de demarcación entre aquello que se considera “sano” o “enfermo”, “adaptado” o “inadaptado”, “bienestar” o “malestar”.

La noción de normalidad es multivalente y relativa, producto del contexto sociohistórico en el cual se conceptualice, y se encuentra anclada en los intereses de diferentes grupos de poder (científicos, políticos, económicos) (Canguilhem, 1981, 2004). En consecuencia, la forma como se entienda la “normalidad” constituye un problema conceptual con serias connotaciones éticas y políticas que define –en gran medida- los aspectos económicos, sociales, formativos y profesionales de aquellos que se desempeñan en el campo de la salud mental, sus roles, recursos y

reconocimiento social (Ardila, 2008; Eisenberg, 1977; Vergara Quintero, 2007).

El propósito del presente artículo es discutir la relación entre las categorías de normalidad y salud mental a partir de cuatro pares antitéticos: adaptación/inadaptación, salud/enfermedad, normalidad estadística/anormalidad estadística y bienestar/malestar, señalando algunas implicaciones teóricas y prácticas derivadas de cada uno de ellos.

La salud mental en la historia

Las formas como se ha entendido la “salud mental” y la “enfermedad mental” han estado estrechamente ligadas a condiciones contextuales de cada momento histórico, de tal modo que son dichas condiciones (sociales, económicas, culturales, políticas, religiosas, etc.), las que han definido aquello que se considera mentalmente sano o mentalmente enfermo (Berlinguer, 1994; Holtz, Holmes, Stonington, & Eisenberg, 2006; Ricón, 1991). De acuerdo con Guinsberg (2001), todas las culturas tienen una ideología de la desviación a partir de la cual se justifica la gestión represiva de acuerdo a unos códigos religiosos, sociales, etc..

Por ejemplo, en los relatos e historias de muchas comunidades aborígenes pueden encontrarse una serie de asunciones en las que se comprendía aquello que hoy es catalogado como enfermo a partir de lógicas mágico religiosas por las cuales el comportamiento bizarro se interpretaba como efecto de una posesión -ya fuese divina o demoniaca- o, en no pocos casos, como la interlocución de entidades superiores que se expresaban a través de un elegido (Ardila, 1967).

Ya entrada la edad media, la concepción de normalidad -y con ella lo que hoy entendemos como salud mental-, se vio

permeada por una fuerte concepción religiosa cristiana en la que el pecado emergía como el eje central de cualquier tipo de reflexión relacionada con la vivencia cotidiana (Rezk & Ardila, 1979; Shorter, 1997). Así, todo comportamiento que trasgrediese los estándares definidos por la Iglesia y, posteriormente, por la santa Inquisición, debía ser comprendido desde la lógica del pecado y la gracia y, por ello, su tratamiento, debía abordarse mediante diversas estrategias de purificación como la tortura o la hoguera (Franz, 1970; Shorter, 1997).

Finalmente, en las culturas secularizadas - predominantemente científicas-, el orden social se justifica a través de la objetividad de las leyes naturales y en este caso la desviación se asocia con la enfermedad (Guinsberg, 2001).

En el contexto decimonónico, en la época de la segunda revolución industrial, la normalidad comenzó a ligarse con aspectos propios de la lógica científica, articulándolos con perspectivas objetivas que pretendían encontrar como causa de su alteración una amplia gama de elementos neurobioquímicos corregibles a través de técnicas medico/psiquiátricas, entre las que podrían incluirse la farmacoterapia, la terapia electroconvulsiva (Guinsberg, 2007) y hasta la psicocirugía o cirugía para los trastornos mentales (Pedrosa-Sanchez & Sola, 2003).

En la primera década del siglo XX surgió con fuerza una mirada diferente, alternativa a la señalada anteriormente, que pretendía encontrar en la estructura psíquica de las personas las razones de la alteración de su normalidad (Ardila, 2008; Franz, 1970; Rezk & Ardila, 1979; Shorter, 1997). Ya en los años cincuenta, la perspectiva de la normalidad encontró en los neurotransmisores una alternativa promisoriosa para explicar los determinantes del comportamiento, y con

ella, a la farmacología como estrategia para corregir sus desajustes. Lo biológico, entendido ahora desde esta perspectiva se convirtió en el modelo de normalidad que actualmente prevalece en la conceptualización de aquello que se entiende por salud mental (Carrillo Ibarra, 2008; Villa Rodriguez, 2008).

Análisis del concepto normalidad

En este breve rastreo pueden observarse distintas concepciones históricas de la normalidad; ya fuese ligada a aspectos animistas, religiosos, biológicos -anatómico funcionales-, psíquicos, o biológicos -neurobioquímicos-; cada una de ellas ha determinado lo que se define como sano o enfermo y, de suyo, las diferentes alternativas sociales, culturales, políticas, económicas, conceptuales y aplicadas con las que se ha intervenido a quienes se considera han entrado en el terreno de la anormalidad (Gómez, 2002; Gonzalez, 2007).

A continuación se proponen cuatro perspectivas desde las cuales puede comprenderse la relación entre "normalidad" y "salud mental". Se presentan como pares antitéticos, cada uno de los cuales se soporta en fundamentos antropológicos diferentes y con implicaciones conceptuales y prácticas diferenciadas (Gómez, 2011; Gómez & González, 2004):

1. Adaptación-inadaptación:

El concepto de adaptación está estrechamente ligado al de reproducción, bien sea una reproducción biológica (en el caso de las ciencias de la vida) o una reproducción social (en el caso de las ciencias sociales y humanas). Dicho de otro modo, se considera "adaptado" socialmente a aquel que puede reproducir el orden social. Estos criterios de adaptación son de carácter ideológico, filosófico o religioso,

aunque con frecuencia se presentan como científicos, y dan lugar a una definición ideal de la salud mental (Guinsberg, 2001).

De acuerdo con el criterio adaptativo de la salud mental, las personas que se desvían total o parcialmente de las normas establecidas socialmente, no son vistas sólo como desadaptadas, sino como mentalmente enfermas (Guinsberg, 2001). La adaptación supone un funcionamiento no disruptivo, aceptado por la comunidad en la cual transcurre la vida de la persona. En este sentido se considera como normal a quien se ajusta a las reglas dominantes, no presenta problemas graves y no plantea problemas graves a otras personas (Jervis, 1977).

Así, quien se desempeña más o menos bien en el ámbito social, esto es, quien trabaja, produce, compra su casa, invierte en forma rentable sus recursos, tiene una familia a la que dedica el tiempo restante de su labor, guarda buenas relaciones con los vecinos y no tiene comportamientos que generen problemas a la comunidad de acogida, podría ser visto como adaptado y, de alguna manera, ser visto como un ser con salud mental.

Por el contrario, aquel que no cumple con los estándares sociales establecidos por la comunidad, que genere conductas disruptivas en el contexto y que no se ajuste a aquello esperado por la mayoría, podría ser calificado como una persona que carece de salud mental y por ello, se constituiría en un buen candidato para ser objeto de intervención profesional (Fierro, 2000, 2004; Fierro & Cardenal, 1993, 2001; García Martín, 2002; Mebarak, De Castro, Salamanca, & Quintero, 2009; Rodríguez Rossi, 2005).

2. Salud-enfermedad:

Ligado a una perspectiva biomédica, este modo de concebir la

normalidad/anormalidad se soporta en el supuesto de la existencia universal y objetiva de la enfermedad, entendida como una entidad diagnosticable, que puede delimitarse y, por ende, intervenir mediante métodos idealmente estandarizados a través de ejercicios de validación probados científicamente. En consecuencia, se crean nosotaxias en las que se describen de manera detallada los criterios diagnósticos a través de los cuales se puede determinar la existencia de algún tipo de enfermedad y, consecuentemente con ella, las alternativas terapéuticas más adecuadas para aliviarla. En tanto es la lógica biomédica la que subyace a esta concepción, se entiende que las causas de la enfermedad recaen fundamentalmente en algún tipo de alteración biológica o neurobioquímica, por lo que se espera que las intervenciones puedan realizarse a través de guías y protocolos estandarizados, objetivamente definidos y con el apoyo fundamental de la psicofarmacología como tratamiento de base.

3. Normalidad estadística-anormalidad estadística:

Ligado a una perspectiva estadística, este par antitético centra su reflexión en torno a criterios matemáticos, objetivos y estadísticamente verificables que permiten explicar la presencia/ausencia de salud mental a través de la ubicación de los individuos con respecto a medias y desviaciones estándar para determinar si su comportamiento se encuentra dentro de los rangos esperados (perspectiva social) o definidos científicamente (lógica clínica médica) o si, por el contrario, está por fuera de ellos. La noción estadística plantea que los comportamientos que ocurren frecuentemente en una población son normales, mientras que los comportamientos infrecuentes son anormales (Rogers & Pilgrim, 2010).

Tal como afirma Guinsberg, el criterio estadístico surge por influencia de la antropología social y rompe con la idea de un "modelo" de salud mental pues asume que cada pueblo tiene características diversas, adecuadas a su realidad concreta, y por lo tanto lo "sano" se define por concordancia con los comportamientos de la mayoría de la población. En este caso, las normas no son filosóficas o ideológicas, sino estadísticas, es decir, lo que se considera como anormal es aquello que se desvía del promedio estadístico del comportamiento o las características generales de un grupo (Guinsberg, 2001).

Para que un fenómeno se considere "normal", estadísticamente hablando, debe cumplir con cuatro condiciones: cierto grado de uniformidad tipológica, cierto grado de frecuencia, límites máximo y mínimo de variación y cierta correspondencia entre el fenómeno, el contexto en el que se manifiesta y el momento de su manifestación (Pittaluga, 1983).

Esta perspectiva es, tal vez, la más extendida entre las entidades encargadas de definir y orientar las políticas en salud mental a nivel mundial y regional, y permite aproximarse de manera explicativa a la situación mental de los grandes conglomerados humanos sin que puedan trasladarse directamente sus resultados y conclusiones al caso individual.

4. Bienestar-malestar:

Desde esta perspectiva, el criterio definitorio de la salud mental es la valoración que el sujeto hace de su vida, bien sea desde una mirada hedónica (búsqueda del placer, evitación del sufrimiento) o eudaimónica (realización de la virtud). Mientras que el bienestar le permite al sujeto tener una experiencia subjetiva de integración intrapersonal, interpersonal, social y ambiental, el malestar indica una ruptura del sujeto consigo mismo, con los otros o

con algún aspecto de su mundo vital (laboral, familiar, social, ambiental) que genera sufrimiento o displacer. Dado que la salud mental hace referencia a una experiencia de bienestar psicológico, subjetivo y social, las intervenciones no tienen como objetivo anular los síntomas ni tampoco crear un individuo absolutamente ajustado a la norma, sino facilitar la emergencia de un individuo felizmente integrado consigo mismo, entusiasta, eficiente, productivo, con iniciativa e imaginación, espontáneo, sereno y liberado (Jervis, 1977).

Esta alternativa responde a una perspectiva ideográfica, subjetiva, que no se puede universalizar ni objetivar y que obliga a realizar lecturas contextuales a través de las cuales se intenta comprender, desde el punto de vista de los actores, su vivencia subjetiva de bienestar o malestar. De acuerdo con ello, las intervenciones no pueden ser estandarizadas, sino que deben ser formuladas de manera emergente, según sea la evaluación que se haga de cada caso (Casullo & Castro Solano, 2000).

Discusión

Como puede apreciarse, no es posible pensar en una relación unívoca entre normalidad y salud mental pues, así se las referencie de manera genérica, estos conceptos obedecen a una lógica borrosa (Calventus, 2000; Munné, 1995), con múltiples significados determinados por factores contextuales, históricos, políticos, económicos y culturales que incluyen, además, elementos antropológicos y epistemológicos muy diferentes, y con ello, posibilidades conceptuales y de intervención radicalmente distintas.

Así, la perspectiva adaptado/inadaptado implica una mirada antropológica según la cual el individuo debe ajustarse a los cánones y reglas establecidos por un

colectivo del que forma parte; por ende, las intervenciones en salud mental estarán dirigidas a lograr la adaptación del individuo al grupo de referencia a través de estrategias educativas-instructivas o de carácter restrictivo objetivamente definidas y reconocidas como válidas por dicho grupo.

En la perspectiva salud/enfermedad se asume al ser humano como un organismo-máquina que al enfermar se descompone, ya sea por una alteración funcional o como resultado del ataque de alguna entidad externa. Desde esta perspectiva, la intervención en pos de la salud mental debe sustentarse en un diagnóstico basado en nosotaxias y la posterior aplicación de guías de atención científicamente definidas para cada uno de los trastornos, buscando la curación de la enfermedad a través de dispositivos biomédicos.

La perspectiva estadística de normalidad/anormalidad se fundamenta en el análisis de datos poblacionales a partir de los cuales se busca impactar a los individuos, mediante estrategias de normalización que intentan regresar el mayor número de casos posibles al rango determinado por la media o, en otros casos, la disminución de prevalencias e incidencias. Esta perspectiva ha sido ampliamente aceptada desde una mirada utilitarista de la acción pública, convirtiéndose en factor fundamental de los planes, políticas y proyectos que focalizan su acción en la salud mental.

Finalmente, la perspectiva bienestar/malestar comporta una mirada antropológica amplia que intenta regresar al concepto de salud mental visto desde una aproximación existencial, subjetiva e ideográfica, asumiendo al hombre como “un ser en el mundo” con autonomía y capacidad de autogestión; razones por las cuales solo es posible saber si alguien “tiene” o no salud mental de acuerdo con la referencia que el mismo haga de su vivencia subjetiva. De esta manera, tendrá salud mental quien así lo refiera, enmarcando sus supuestos dentro de lecturas contextuales que profundizan lo subjetivo en los marcos intersubjetivos de relación.

Así, se tienen distintas nociones de lo que es un hombre o una mujer sano(a) o enfermo(a) mentalmente según sea el par antitético desde el cual sea leído, utilizando como criterio de demarcación el contexto, la estadística, la comunidad científica o la vivencia subjetiva. Cada una de ellas, a su vez, implica marcos referenciales diversos: sociales, matemáticos, científicos o hermenéuticos.

En consecuencia, las intervenciones que se desprenden de cada una de estas perspectivas de la normalidad/anormalidad también son diversas: las hay dirigidas a la adaptación, a la modificación de índices estadísticos, al cumplimiento de los protocolos de atención y a la recuperación del sentido de la existencia (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre las categorías de normalidad y salud mental.

Perspectiva/ Categoría de análisis	Criterio de demarcación de la salud y la enfermedad mental	Marco referencial	Objetivo de intervención
Adaptado/inadaptado	Contexto social	Social	Adaptación
Sano/enfermo	Comunidad científica	Científico	Cumplir protocolos /Curación
Estadísticamente Normal/ estadísticamente anormal	Estadística	Matemático	Modificación de índices
Bienestar/malestar	Vivencia subjetiva	Hermenéutico	Recuperar sentido de existencia

En atención a lo anterior, se hace necesario un abordaje riguroso de la noción de normalidad, tanto en el plano epistemológico como antropológico, para clarificar los discursos y prácticas sobre salud mental en el ámbito científico,

profesional y político. A lo expuesto se suma la necesidad de una reflexión crítica sobre los intereses ligados a cada una de estas nociones de normalidad y su función en términos de control social.

Referencias

- Ardila, R. (1967). La psicología en Colombia. *Interamerican Journal Of Psychology*, 1, 239–251.
- Ardila, R. (2008). Psychology in Latin America. *International Journal Of Psychology*, 43(3/4), 531.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Calventus, J. (2000). La lógica borrosa como aporte a una nueva epistemología en ciencias sociales: una aproximación conceptual. *Revista Psicología*, 1(2), 1–18.
- Canguilhem, G. (1981). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carrillo Ibarra, J. (2008). La evolución del pensamiento científico, la medicina y las funciones mentales. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(1), 61–69.
- Casullo, M. M., & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18, 37–68.
- Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley 1616 por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 9–23.
- Fierro, A. (2000). Salud (comporta) mental: un modelo conceptual. *Revista de Psicología General Y Aplicada*, 53, 147–163.
- Fierro, A. (2004). Salud mental, personalidad sana y madurez personal. *Revista UCSD*, 4(7), 87–107.
- Fierro, A., & Cardenal, V. (1993). Estudio dimensional de la personalidad madura. *Revista de Psicología General Y Aplicada*, 46(4), 411–419.
- 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.
- Franz, A. (1970). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona: Expaxs.

- García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18–39.
- Gómez, R. D. (2002). La noción de “salud pública”: Consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20, 101–116.
- Gómez, R. D. (2011). Atención primaria en salud y políticas públicas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 283 – 293.
- Gómez, R. D., & González, E. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la Promoción de la Salud: factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(1), 87–106.
- Gonzalez, E. R. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 71–77.
- Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Janés.
- Guinsberg, E. (2007). Salud mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En E. Jarillo & E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 245–272). Buenos Aires: Lugar.
- Holtz, T. H., Holmes, S., Stonington, S., & Eisenberg, L. (2006). Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome. *PLoS Medicine*, 3(10), e419. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030419>
- Jervis, G. (1977). *Manual crítico de psiquiatría*. Barcelona: Anagrama.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. del P., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde El Caribe*, 23, 83–112.
- Ministerio de la Protección Social, & Fundación FES Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: C&C Gráficas Ltda.
- Munné, F. (1995). Las teorías de la complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. *Revista Interamericana de Psicología*, 29, 1–12.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). ¿Qué es la salud mental? Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- Pedrosa-Sanchez, M., & Sola, R. G. (2003). La moderna psicocirugía: un nuevo enfoque de la neurocirugía en la enfermedad psiquiátrica. *Revista de Neurología*, 36(9), 887–897.
- Pittaluga, G. (1983). *Temperamento, carácter y personalidad* (7a reimp.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. (julio 13 de 1998). Resolución 2358 de 1998 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Diario oficial, 43338.

- Rezk, M., & Ardila, R. (1979). *Cien años de psicología*. México, D.F.: Trillas.
- Ricón, L. (1991). *Problemas del campo de la salud mental* (1a. ed). Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Rossi, R. O. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación En Salud*, 7(2), 105–111.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010). *A sociology of the mental health and illness* (4th ed.). United Kingdom: McGraw Hill.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Vergara Quintero, M. del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 41–50.
- Villa Rodriguez, M. A. (2008). ¿Qué es y qué no es la neuropsicología? *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(3), 227–230.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2008). *Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Geneva: WHO Press.

Recibido: Mayo 11-2015 Revisado: Mayo 20-2015 Aceptado: Mayo 28-2015