



Revista Facultad Nacional de Salud Pública  
ISSN: 0120-386X  
revistasaludpublica@udea.edu.co  
Universidad de Antioquia  
Colombia

Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C.

Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 30, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 202-211

Universidad de Antioquia

.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública

Conceptions about mental health in the field of public health

Diego A. Restrepo O<sup>1</sup>; Juan C. Jaramillo E<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Estudiante de doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia, docente Investigador, Facultad de Psicología, Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo electrónico: drestrepo@ces.edu.co

<sup>2</sup> Psicólogo, magíster en Psicología, docente investigador, Facultad de Psicología, Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jjaramilloe@ces.edu.co

Recibido: 5 de Diciembre de 2012. Aprobado: 15 de julio de 2012.

---

Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 202-211

---

## Resumen

Aun cuando existe un reconocimiento de la importancia de la salud mental en el campo de la salud pública y de la amplia utilización de este concepto en los ámbitos profesionales, académicos y políticos, no obstante enfrenta importantes dificultades epistemológicas y prácticas para precisar qué se entiende por lo "mental", cómo se relacionan "la salud" y "lo mental" y, en consecuencia, cómo se investiga e interviene en el ámbito de la salud mental, puesto que, en la práctica, la orientación de las acciones y de las investigaciones

no obedecen a definiciones "universales", sino a concepciones construidas a partir de los diferentes enfoques de salud-enfermedad. En el presente trabajo se discuten las concepciones de salud mental que se configuran a partir de los enfoques biomédico, comportamental y socioeconómico, así como de las nociones de "lo mental" en las cuales se soportan dichas concepciones y sus implicaciones para la intervención en el campo de la salud pública.

-----*Palabras clave:* salud mental, salud pública.

---

## Abstract

In the field of public health, mental health has had a great deal of relevance. This concept has been used extensively in the professional, academic, and political fields. Despite that, the different definitions of mental health face significant epistemological and practical problems. These difficulties are encountered by those who try to specify the meaning of "mental", the relationship between "health" and "mental", and, consequently, how research and intervention actions are to be carried out in the field of mental health. In practice, the orientation

of actions and research involving mental health is not based on "universal" definitions in the field of public health. It is rather based on conceptions constructed from different approaches to the health-disease issue. This paper discusses the conceptions of mental health that have been configured from the biomedical, behavioral, and socio-economic approaches, the notions of "mind" underlying these conceptions, and their implications for intervention in the field of public health.

-----*Keywords:* Mental health, Public health.

## Introducción

La salud mental constituye un tema prioritario dentro del campo de la salud pública [1, 2]; así lo confirman los diferentes estudios epidemiológicos que dan cuenta de la contribución de los trastornos mentales a la carga global de enfermedad en el mundo [2-8], los informes de la Organización Mundial de la Salud (oms) [2, 3, 9-27] y de la Organización Panamericana de la Salud (ops) [28-30] en los que se insiste en la necesidad de integrar la salud mental en todos los aspectos de la salud y la política social [3,4], así como un gran número de investigaciones sobre temas relacionados con salud mental desde una perspectiva de salud pública [31-42].

La oms, bajo el slogan “No hay salud sin salud mental” [12], ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países [3]. Esta relevancia que ha adquirido se relaciona no solo con la magnitud de los problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que conlleva, sino, también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera [43].

Este consenso sobre la importancia de la salud mental en el campo de la salud pública, contrasta con las divergencias, e incluso contradicciones que se presentan entre las diferentes aproximaciones conceptuales a la salud mental. Aunque la salud mental es un concepto bastante utilizado, su definición y conceptualización resulta compleja y polivalente [44].

Algunas definiciones como la propuesta por la oms [45] y por el Ministerio de Salud de Canadá [46], han alcanzado una amplia difusión en la literatura académica y han servido como fundamento para la formulación de políticas públicas, planes y programas de salud mental; sin embargo, estas definiciones —dado su carácter axiológico y filosófico— difícilmente constituyen un soporte operativo para la investigación y la intervención en salud mental dentro del campo de la salud pública.

La salud mental se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen.

A lo largo del siglo xx han existido diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública; con un propósito heurístico, estos enfoques pueden sintetizarse en el biomédico, el comportamental y el

socioeconómico. Cada uno de estos enfoques corresponde a un momento histórico determinado, con unas características sociales, económicas y políticas específicas, así como una particularización de lo que puede ser considerado como sano y enfermo de manera consecuente con ellas. Estos enfoques no deben ser comprendidos en su aparición y desarrollo de forma lineal, esto es, que el segundo modelo reemplace totalmente al primero o que el tercero lo haga con el segundo, sino que, más bien, actúan como capas superpuestas que se traslanan, se mezclan e incluso llegan a confundirse.

En el presente artículo se discuten algunas de las concepciones de salud mental que se configuran a partir de los enfoques de salud – enfermedad, antes mencionadas, las nociones de “lo mental” que les subyacen y sus implicaciones para la intervención en el campo de la salud pública. En la discusión se enfatiza en las posibilidades teóricas y políticas de la concepción socioeconómica para el abordaje de la salud mental desde una perspectiva de salud pública.

### Lo mental como producto del cerebro: la concepción biomédica de la salud mental

El enfoque biomédico es heredero de la tradición biológico y empírica de la medicina occidental en la cual la enfermedad es el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación, entendida como un arreglo anatómico-fisiológico mediante una acción directiva y vertical. De acuerdo con Gómez, la racionalidad de este modelo:

“reduce la salud a la ausencia de enfermedades, concebidas como epifenómenos dañinos, con sentido en sí mismos, cuya naturaleza es mensurable y comprensible con base en las evidencias empíricas de los ensayos controlados y la epidemiología clínica” [47].

La concepción biomédica de la salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad.

Desde el enfoque biomédico, la salud mental está sustentada en un monismo biológico en el cual lo mental se reduce a procesos biológicos; en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas [48, 49]. Al suponer que la actividad mental es causada por el cerebro, la salud mental queda reducida a uno de los capítulos de la salud física [50].

La segunda característica de la concepción biomédica de la salud mental es el protagonismo que se le otorga a la enfermedad mental como eje identitario de la salud mental. Lo anterior se hace particularmente evidente en muchas de las investigaciones que se realizan con el título de “salud mental”, las cuales, en la práctica, se ocupan

de la epidemiología de los trastornos mentales o de su tratamiento, a pesar de que en su formulación planteen como punto de partida definiciones como las de la OMS y el Ministerio de Salud de Canadá que insisten en una concepción salutogénica de la salud mental [43, 51-54].

La enfermedad mental en el enfoque biomédico es la manifestación de desordenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico [55]. De hecho, Baker y Menken [56] sugieren abandonar el concepto de “mente” y reemplazarlo por cerebro, como un paso esencial para promover la mejora de la salud humana. Desde la óptica de estos autores, no existe la enfermedad mental, sino la enfermedad cerebral:

“Sugerimos que es no científico, engañoso y perjudicial para millones de personas en todo el mundo declarar que algunos trastornos cerebrales no son dolencias físicas. Neurología y psiquiatría deben poner fin al cisma del siglo XX que ha dividido a sus campos. Tiene que haber una colaboración más estrecha en la investigación en neurociencias y la práctica clínica. Y tenemos que construir alianzas con nuestros pacientes y con la sociedad en general. Solo así podremos avanzar en la prevención y el tratamiento de trastornos del sistema nervioso y del cerebro” [56].

En esta concepción de la salud mental se califica como “normal” a todo aquel que no se considera trastornado o que no es etiquetado como tal: “normal es el que se tolera a sí mismo y es tolerado; normal es el que tiene la suerte de formar parte de la definición convencional del no trastorno mental: es decir, tienen la buena fortuna de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría” [57].

La intervención en salud mental desde el enfoque biomédico se centra fundamentalmente en la atención profesional de los trastornos mentales por parte de los especialistas; el enfoque terapéutico convencional de la mayoría de los trastornos mentales se realiza mediante farmacoterapia, aunque en algunos casos se acude a otros métodos como la terapia electroconvulsiva [58] y hasta la psicocirugía o cirugía para los trastornos mentales [59]. Desde una perspectiva de salud pública basada en el enfoque biomédico, la respuesta ante los problemas de salud mental de la población se centra en la ampliación de los servicios especializados de “salud mental” (incremento del número de profesionales, facilidades para el acceso a los centros de salud mental, disponibilidad de medicamentos, mejoramiento de los recursos tecnológicos, etc.) para brindar atención asistencial a las personas afectadas por trastornos “mentales”.

### **Lo mental como conducta y cognición: la concepción comportamental de la salud mental**

A partir de la década de los sesenta se presenta un cambio en los perfiles de morbimortalidad en los países en

desarrollo: las enfermedades infecciosas que habían sido hasta entonces las que más preocupación generaban a las agencias de salud empezaron a cederle paso a las enfermedades crónicas que por su prevalencia y su mayor carga de enfermedad se convirtieron en poco tiempo en el nuevo motivo de preocupación [60]. En este contexto, empiezan a adquirir especial interés los factores de riesgo ambientales y comportamentales asociados a los problemas de salud de la vida contemporánea (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentalidad, etc.) [61], dando paso a un nuevo enfoque para entender los procesos de salud-enfermedad, como es el comportamental.

Desde este enfoque, la manera como las personas se comportan constituye un factor determinante para la salud y para la enfermedad [49]; la salud se relaciona con hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entiende como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo, lo cual, por supuesto, no solo representa una perspectiva bastante limitada para explicar la patogénesis, sino también, trae como consecuencia una hiperresponsabilización de los sujetos, con todas las consecuencias que ello conlleva.

Una categoría central dentro de este modelo es la de estilo de vida, entendida como aquellas formas social y culturalmente determinadas de vivir que se expresan en conductas como practicar deportes, la sana alimentación, la evitación del consumo de cigarrillos, alcohol o drogas, etc. [62]. A propósito de la relación entre los estilos de vida y la salud, afirma Rodríguez:

“Nuestra “forma” de vivir, nuestro “estilo” de vida, tiene una relación directa con muchos aspectos de nuestra salud. Comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol en exceso, comer en exceso o consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio y conducir de manera imprudente, están estrechamente relacionadas con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: corazón, cáncer y carretera” [63].

A partir de este enfoque se configuran dos concepciones de salud mental influenciadas por la tradición psicológica norteamericana: la concepción conductual y la concepción cognitiva.

El conductismo nace en los Estados Unidos con el propósito de fundar una psicología ajustada a los métodos objetivos de la ciencia moderna, lo cual implica renunciar al mentalismo, al introspecciónismo, al reduccionismo organicista y al interpretacionismo subjetivista [64]. Desde esta perspectiva se propone una psicología centrada en términos de estímulos y respuestas, formación de hábitos, integración de hábitos, etc., de tal modo que ya no es la conciencia, ni la mente, ni el alma el objeto de interés, sino la conducta observable, explicada a través de procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante).

Un elemento central en la concepción conductual de la salud “mental” es el ambientalismo. Los estímulos ambientales se consideran determinantes en la explicación y modificación del comportamiento; se plantea que la conducta puede “moldearse”, en la medida en que se conozcan las leyes que rigen el comportamiento y que se modifiquen las condiciones ambientales que lo determinan. Watson ilustra claramente esta posición ambientalista en la siguiente cita:

“Dadme una docena de niños sanos, bien formados, para que los eduque, y yo me comprometo a elegir uno de ellos al azar y adiestrarlo para que se convierta en un especialista de cualquier actividad que yo pueda escoger -médico, abogado, artista, hombre de negocios e, incluso, mendigo o ladrón- prescindiendo de su talento, inclinaciones, tendencias, aptitudes, vocaciones y raza de sus antepasados” [65].

El conductismo alcanzó una rápida diversificación teórica (la teoría de la contigüidad de Guthrie, la teoría hipotético deductiva de Hull, el conductismo cognoscitivo de Tolman, el análisis experimental del comportamiento de Skinner, el conductismo interconductual de Kantor, entre otras) y una amplia difusión, no solo en el ámbito de la psicología, sino también de la educación, la industria, la publicidad, la salud pública, etc. [64]. Su utilidad práctica y sus sofisticados métodos para la modificación y el control del comportamiento fueron (y aún lo siguen siendo) altamente valorados y útiles para los procesos de enseñanza, el “manejo” de personal, el mercadeo de productos, la modificación de hábitos que afectan la salud, entre otros.

Dado que uno de los principios epistemológicos fundacionales del conductismo es el rechazo a la noción de mente y a cualquier forma de mentalismo [66, 67], la noción de salud mental resulta paradójica; en este sentido, la salud mental, desde la perspectiva conductista, se redefine como “salud comportamental”.

La salud comportamental se entiende en términos de hábitos y conductas adaptativas, resultantes de procesos de aprendizaje, que le permiten al sujeto encajar dentro de los patrones de comportamiento esperados en un contexto determinado. En consecuencia, los trastornos “mentales” se entienden como “alteraciones” o “desajustes” del hábito” [68], es decir, respuestas “maladaptativas”, “indeseables” o “inaceptables” [49]. Por lo tanto, si los trastornos “mentales” no son más que comportamientos indeseables aprendidos, curar trastornos “mentales” no significa borrar una enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables [57].

La segunda concepción de salud mental emergente del enfoque comportamental es la cognitiva, en la cual se restituyen dimensiones mentales en la explicación del

comportamiento, entendiendo lo mental en términos de estructuras y procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan.

Se plantea que los trastornos mentales se encuentran determinados por formas distorsionadas o irracionales de pensamiento (esquemas desadaptativos, distorsiones cognitivas, etc.) que llevan al sujeto a presentar desajustes en su comportamiento o afeciones emocionales [69, 70].

A diferencia del enfoque biomédico, en el cual la normalidad está definida por la ausencia de trastornos mentales, en el enfoque comportamental (conductual y cognitivo) la normalidad se entiende como la adaptación del comportamiento individual a un conjunto de modelos de comportamiento y de pensamiento que se presentan como universales [48].

Desde la concepción conductual de la salud “mental”, las intervenciones están orientadas al entrenamiento del sujeto para reemplazar aquellos comportamientos desadaptativos o problemáticos, con un repertorio conductual más saludable y adaptativo [71], mediante técnicas de ingeniería conductual. En la concepción cognitivista, por su parte, la intervención tiene una orientación fundamentalmente educativa-instrucciónista, cuya finalidad es lograr que los sujetos corrijan las formas de pensamiento disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) y aprendan a pensar —y en consecuencia a comportarse— de una manera adaptativa.

En el marco de las acciones en salud pública que se desarrollan desde el enfoque comportamental, la prevención basada en la información, la educación instrucciónista y las habilidades conductuales, juega un papel fundamental. En este sentido, la literatura reporta diferentes programas de prevención desde perspectivas conductuales y/o cognitivas para diversas problemáticas de salud mental, tales como el consumo de drogas [72-79], la depresión [80-86], la violencia [87-91], entre otros.

### **Lo mental como emergente social: las raíces socioeconómicas de la salud mental**

En las décadas de 1970 y 1980 surgen una serie de críticas a las intervenciones de salud basadas en la concepción medicalizada y en la perspectiva del riesgo individual, al considerar que estas aproximaciones se ocupan de la enfermedad, más no de la salud; aparece entonces un interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud [92], dando lugar al enfoque socioeconómico. En dicho enfoque convergen diversas tradiciones de pensamiento, tales como la Escuela de Frankfort, algunas perspectivas estructuralistas y materialistas de la sociología, el movimiento de salud colectiva y la medicina social en Latinoamérica y el enfoque de los determinantes sociales, entre otras.

La declaración de Alma Ata constituye un aspecto central en la consolidación del modelo socioeconómico, al reconocer que el desarrollo económico y social es fundamental para lograr el estado máximo de salud para todos y que la promoción y la protección de la salud de la población son condiciones indispensables para el desarrollo económico y social, para la calidad de vida y para alcanzar la paz. En esta conferencia se destaca también la responsabilidad de los gobiernos frente a la salud de los pueblos, no solamente a través de la asistencia sanitaria, sino también de medidas sociales [93].

A diferencia de la noción de estilo de vida predominante en el modelo comportamental, en el modelo socioeconómico (fundamentalmente en su perspectiva latinoamericana) se ha introducido la noción de “modo de vida” como una instancia determinante en los procesos de salud – enfermedad. De acuerdo con Possas, el modo de vida está mediado por el estilo de vida y por las condiciones de vida, de tal manera que la salud del sujeto no depende ya exclusivamente de sus decisiones y comportamientos, sino de las posibilidades concretas para poder tener una vida sana [62]. En relación con la noción de “modo de vida”, De Almeida Filho afirma:

“[...] modo de vida es aquí propuesto como una construcción teórica basal, que no implica meramente las conductas individuales frente a la salud, sino que va más allá, incluyendo las dimensiones socio históricas, englobando la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción, siempre considerando los aspectos simbólicos de la vida cotidiana en la sociedad” [94].

Desde la perspectiva del enfoque socioeconómico, lo mental se define dialécticamente a partir de la estrecha relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural [49]; en consecuencia, las condiciones objetivas en las que se encuentra un individuo son causa y no consecuencia de sus modos subjetivos de ser y de pensar [57]. Se concibe entonces la salud mental recursivamente relacionada con la noción de capital global dentro de un marco de derechos y desarrollo humano [95]; como un problema de bienestar político y económico dependiente de condiciones más generales de la sociedad, asociados a la condición económica, al ambiente en el que viven las personas y al tipo de recursos disponibles [49].

La concepción de salud mental en el enfoque socioeconómico plantea cinco críticas fundamentales a las concepciones “tradicionales” de la salud mental: crítica a la normalización, crítica a la medicalización, crítica al individualismo, crítica al modelo económico capitalista y crítica a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la noción de estilo de vida.

En primer lugar, el enfoque socioeconómico plantea que los criterios de normalidad normativa\* y normalidad estadística† a partir de los cuales se ha definido la salud mental, responden a los intereses hegemónicos de los grupos de poder y operan como mecanismos de control social [49]. La concepción socioeconómica de la salud mental intenta develar lo que Fromm ha denominado “la patología de la normalidad” [97], es decir, la reificación de unos modelos ideales soportados por intereses políticos y económicos de las clases dominantes que intentan ajustar a los individuos a formas predeterminadas de comportamiento.

En segundo lugar, se propone una crítica a la medicalización de la salud mental y el interés mercantilista que le subyace (por ejemplo, en el caso de las farmacéuticas). No se trata de una negación per se de la importancia de la intervención médica – psiquiátrica o psicológica, sino de un llamado de atención frente al énfasis excesivo que se presta a la enfermedad mental por encima de la salud mental, a su consideración como objeto del mercado y su utilización como forma de mistificación de los problemas sociales, en tanto tras ella se emascaran una amplia gama de dificultades de tipo individual o social que, para ser transformadas, deberían ser abordadas de manera directa y no a través de entelequias que las ocultan o deforman.

A pesar de que la psiquiatría ha procurado mostrarse inmune a cualquier sistema de valor y ha negado cualquier compromiso ideológico bajo la pretensión de la objetividad científica, no es posible desligar la lógica de la ciencia de su contexto sociopolítico y económico [98]. En este sentido afirma Jervis: “La psiquiatría se rige también, fundamentalmente, sobre una delegación: los problemas colectivos de la salud, del bienestar, del equilibrio psíquico son considerados problemas puramente técnicos, además de individuales y privados, y son confiados ciegamente a doctores que sirven sus propios intereses y los intereses del poder” [57].

\* El criterio normativo de la salud mental define unos parámetros valorativos o normas a partir de los cuales se establece lo normal y lo anormal. Estos criterios son de carácter ideológico, filosófico o religioso (o moral), aunque con frecuencia se presentan como científicos, y dan lugar a una definición ideal de la salud mental [48, 58, 96].

† El criterio estadístico surge por influencia de la antropología social y rompe con la idea de un “modelo” de salud mental, pues se 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 comportamiento o las características generales de un grupo. A pesar de que el criterio estadístico inicialmente buscaba romper con la idea de un modelo universal de salud mental, ha llegado a convertirse en una forma de control social y de justificación y adaptación a los sistemas sociales hegemónicos [48, 58, 96].

La crítica al individualismo desde el modelo socioeconómico, por su parte, devela la tendencia a ocultar los problemas sociales tras la individualización de la enfermedad mental o de los desordenes del comportamiento. Desde la concepción socioeconómica se plantea que tanto la salud mental como el sufrimiento psicológico y la anormalidad del comportamiento responden no solo al modo de funcionamiento del cerebro sino a las leyes sociales que regulan los comportamientos “normales”; aunque sean el resultado de molestias y contradicciones de los individuos, los comportamientos considerados anormales, al igual que los normales, no nacen de la naturaleza del propio individuo, sino que son reflejo y consecuencia de contradicciones sociales [57].

En cuarto lugar, el enfoque socioeconómico introduce una crítica al modelo capitalista neoliberal en relación con la salud mental. De acuerdo con Guinsberg, un funcionamiento social que obedece a un modelo neoliberal incide fuertemente en los modelos de sujeto, subjetividad y salud mental de quienes se forman y/o desarrollan de acuerdo con sus leyes, influencia que da lugar a una subjetividad aferrada a los valores del mercado [58]; en este mismo sentido, Jervis afirma que la estructura económica del capitalismo produce las premisas para un modo de vida y una estructura de conciencia unitaria (la falsa conciencia) y alienada que constituyen la infraestructura de la anormalidad [57]. Esta relación entre el sistema económico y la salud mental, es uno de los aspectos más originales del enfoque socioeconómico, dado que no solo se limita a plantear dicha relación en términos de acceso a los servicios de salud mental, sino, sobre todo, en términos de los “modos de vida”.

Estos, fincados en el concepto de capital global, se articulan directamente con la fundamentación subyacente al modelo, en la cual se propone que la salud como vivencia real de los seres humanos responde a una lógica constitutiva que trasciende la noción de enfermedad, viéndose constituida por una amplia gama de factores que, en su articulación, crean las condiciones que permiten evaluarla de una manera integral y multimodal. Así, en tanto las personas pueden contar con posibilidades saludables de elección en campos como el de la vivienda —viviendas saludables—, la educación —escuelas saludables—, la alimentación, uso adecuado del tiempo libre e incluso la salud —hospitales saludables—, tendrán todas las opciones para elegir modos de vida que condicionarán y determinarán el estado último de su salud. De esta manera, los modos de vida saludables trascienden el campo de la salud, y determinan el estado de la salud de las personas y los pueblos.

Finalmente, el enfoque socioeconómico critica la centralidad del concepto de estilo de vida como aspecto principal de las intervenciones en salud mental y plantea que la capacidad de las personas para tomar decisiones que les permitan proteger la salud y enfrentar la enfer-

medad está condicionada por la disponibilidad de recursos sociales y no solo por sus creencias o su voluntad. Por lo tanto, la intervención en salud mental requiere un marco especial que incluya como aspecto central la economía política y las estructuras sociales, teniendo en cuenta las políticas, aspectos económicos y procedimientos del sector salud [49].

Para mejorar la salud mental se requieren políticas y programas de carácter multisectorial, incluyendo educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, además de las actividades específicas del campo de la salud relacionadas con la prevención y promoción [27].

Al concebir la salud como la prioridad y al reconocer que las causas de la enfermedad trascienden la dimensión biológica, se propone que las estrategias para la promoción de la salud deben ser integrales, multisectoriales y deben estar enfocadas en la determinación social de la salud. La propuesta de Atención Primaria en Salud Integral constituye un referente filosófico y estratégico importante para lograr tal propósito, en el cual la participación individual y comunitaria es un eje fundamental.

Las acciones en salud mental desde el enfoque socioeconómico requieren una perspectiva integradora que haga posible la intervención de los contextos sociales y los modos de vida de las comunidades, que trascienden el enfoque biomédico centrado en la enfermedad y el enfoque comportamental centrado en los factores de riesgo [99] (tabla 1).

## Discusión

El concepto de salud mental en el ámbito de la salud pública ha cumplido una función fundamentalmente heurística, es decir, ha permitido que muchas personas se refieran a la salud mental como un tema relevante y pertinente, que debe ser objeto de la acción académica (investigación), de la acción profesional (planes, programas, proyectos) y de la acción política (políticas públicas, leyes, etc.).

Sin embargo, hablar de la salud mental en singular es un artificio sincretista, puesto que, en sentido estricto, no existe una categoría homogénea y unificada, con bordes epistemológicos, teóricos y metodológicos bien definidos de lo que podemos llamar “salud mental”.

Esta polifonía tiene sus raíces en razones de índole conceptual (imprecisión en el significado de los conceptos utilizados para su definición), ideológica (en la justificación de determinados valores y posiciones políticas, religiosas, etc.), antropológica (posiciones rivales en relación con la noción de hombre que subyace a la definición de salud mental) y/o filosófica (concepciones monistas o dualistas en pugna frente a la relación mente – cuerpo), que dan paso a múltiples versiones de lo que entendemos por “salud mental”.

**Tabla 1.** Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública

|                   | Concepción biomédica de la salud mental  | Concepción conductual de la salud mental  | Concepción cognitiva de la salud mental  | Concepción socioeconómica de la salud mental  |
|-------------------|--|---|--|---|
| Mente             | La noción de mente se define en términos de procesos biológicos.   | Se deja de lado la noción de mente y se sustituye por "conducta".   | La mente se entiende en términos de procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan. | La mente se conceptualiza como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia.   |
| Salud mental      | Ausencia de trastornos "mentales" según criterios del modelo biomédico. DSM IV TR. CIE-10.   | Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo.                                       | Capacidad del sujeto para adaptarse razonablemente a las demandas internas y externas.   | Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano.   |
| Enfermedad mental | Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico.  | Alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas "maladaptativas" "indeseables" o "inaceptables".             | Formas distorsionadas o irrationales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o aficiones emocionales.                            | Expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales.  |
| Intervención      | Centrada en la atención de los trastornos mentales por parte de los especialistas mediante diferentes formas de tratamiento (farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, etc.). | Enseñar /entrenar a los sujetos para que desarrollen un repertorio conductual más adaptativo. Énfasis en la prevención. | Corregir formas de pensamiento disfuncionales (creencias irrationales, distorsiones cognitivas, etc.). Énfasis en la preventión.                     | Centrada en los modos de vida y en las condiciones de vida.<br><br>La intervención se desarrolla a través de una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables que favorezcan la elección de condiciones de vida.<br><br>Es Intersectorial.<br>Énfasis en la promoción de la salud. |

A pesar de que llevamos más de medio siglo haciendo eco de aquella definición de la OMS en la que se afirma que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, la salud mental sigue siendo —en muchos casos— una etiqueta bajo la cual se presentan las investigaciones sobre trastornos mentales y se desarrollan políticas planes y programas centrados en curar, corregir, tratar o prevenir la enfermedad mental. No basta con un cambio de definición para trascender las concepciones patologizantes de la salud mental, sino que es necesario un cambio de racionalidad y sobre todo un cambio en la posición política.

La pluralidad de concepciones que se ha expuesto a lo largo del artículo (tabla 1) no constituye en sí misma un problema que deba resolverse vía unificación u homogenización, sino una condición inherente a un “ob-

jeto” altamente complejo, tanto a nivel epistemológico (objeto de conocimiento), como también profesional (objeto de intervención) y social (objeto de interacciones humanas); por el contrario, los intentos de “unificación” pueden conducir a perpetuar los “ismos” reduccionistas (psicologismo, sociologismo, biologismo) o a promover eclecticismos acríticos que diluyan la complejidad de los problemas relacionados con la salud mental.

Si bien ha habido importantes avances en el reconocimiento de la salud mental como un tema de interés prioritario en el campo de la salud pública, y de los aún incipientes pero no menos importantes avances en el terreno de las políticas y de las distintas formas de intervención (programas, proyectos, etc.), es necesario avanzar en la crítica epistemológica y en la fundamen-

tación conceptual de la salud mental dentro del dominio disciplinar propio de la salud pública. Si bien esta última es un terreno de convergencia de diferentes saberes disciplinares, el abordaje de la salud mental como problema público hace necesarios referentes epistemológicos, metodológicos y prácticos propios para la investigación y la intervención y no simplemente la transposición de enfoques individualistas importados de otras disciplinas como la psicología y la psiquiatría.

La condición plural de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública hace necesaria una revisión crítica de las conceptualizaciones en salud mental (teorías, modelos, etc.), los supuestos ontológicos que soportan dichas conceptualizaciones, la lógica del uso de conceptos como “mental”, “enfermedad”, “normalidad” y “adaptación”, las posiciones frente a las relaciones entre la mente y el cuerpo y los métodos para el estudio de fenómenos relacionados con los determinantes del bienestar, los problemas psicosociales y los trastornos mentales. Pero, también es necesaria una reflexión en torno a las implicaciones ético – prácticas de cada una de estas concepciones que permita analizar cuáles son las ideologías e intereses que les subyacen y de qué modo dichas ideologías e intereses se materializan en la práctica mediante la formulación de políticas públicas, el desarrollo de planes, programas y proyectos, la distribución de los recursos, la focalización de las intervenciones y la organización de los sistemas de salud.

Esta reflexión permitiría una sólida fundamentación que irrigaría todo el espectro de la salud mental, comenzando por sus aspectos epistemológicos y conceptuales, luego por los políticos y legislativos y, por último, en el ámbito de las acciones que, en definitiva, son las perspectivas teóricas las que determinan las acciones e intervenciones que se realizan con los individuos y comunidades, ya sea que estén dirigidas a corregir alteraciones biológicas que generan trastornos mentales, educarlos de manera instrucionista, adaptarlos al medio o fomentar la participación colectiva en la construcción de modos de vida saludables.

En este sentido, la crítica que introduce el enfoque socioeconómico a las concepciones patologizantes, individualistas y normalizantes, abre un nuevo camino para pensar la salud mental desde una perspectiva de salud pública incluyente, como un fenómeno estrechamente vinculado a las condiciones de vida de los pueblos, a las estructuras sociales y económicas y a la vida cotidiana de las personas. Esta crítica podría conducir, progresivamente, a un marco referencial que propicie acciones en salud mental que impacten decididamente el bienestar de las personas y grupos objeto de intervención en la salud pública, que disminuyan significativamente las condiciones históricas, sociales, culturales, políticas y económicas que fomentan y mantienen la inequidad, la

injusticia, la falta de oportunidades, la discriminación, la pobreza, la violencia, el desarraigo, la opresión y la dominación; en pocas palabras, todas aquellas condiciones que, de una u otra manera, afectan la salud mental.

## Referencias

- 1 Saraceno B, Freeman M, Funk M. Public Mental Health. En: Detels R, Beaglehole R, Ann Lansang M, Gulliford M. Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 2 Organización Mundial de Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: oms; 2001.
- 3 World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: who; 2008.
- 4 Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, et al. No health without mental health. Lancet. 2007; 370 (9590): 859-877.
- 5 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLOS Med. 2006; 3(11): 2011-2030.
- 6 Murray CJL, López AD. Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the surgeon general. Executive Summary. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1999.
- 8 The World Health Organization, World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA-j Am Med Assoc. 2004; 291(21): 2581-2590.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Fortaleciendo la promoción de la Salud Mental. Ginebra: oms; 2001.
- 10 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
- 11 World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: who; 2005.
- 12 World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: who Regional Office for Europe; 2005.
- 13 World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: who; 2007.
- 14 World Health Organization. Mental health information system. Geneva: who; 2005.
- 15 World Health Organization. Mental health policies and programmes in the workplace. Geneva: who; 2005.
- 16 World Health Organization. Quality improvement for mental health. Geneva: who; 2003.
- 17 World Health Organization. Planning and budgeting to deliver services for mental health. Geneva: who; 2003.
- 18 World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva: who; 2003.
- 19 World Health Organization. The mental health context. Geneva: who; 2003.

20 World Health Organization. The mental health financing. Geneva: WHO; 2003.

21 World Health Organization. The mental health legislation & human rights. Geneva: WHO; 2003.

22 World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: WHO; 2005.

23 World Health Organization. Human resources and training in mental health. Geneva: WHO; 2005.

24 World Health Organization. Improving access and use of psychotropic medicines. Geneva: WHO; 2005.

25 World Health Organization. Advocacy for mental health. Geneva: WHO; 2003.

26 World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes. Geneva: WHO; 2003.

27 Organización Mundial de Salud. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica, informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.

28 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington D.C: OPS; 2009.

29 Organización Panamericana de la Salud. Agenda de salud para las Américas 2008 - 2017 [internet]. Ciudad de Panamá: OPS; 2007 [acceso 10 de Abril de 2011]. Disponible en: [www.respyn.uanl.mx/viii/2/dia/glosa/agenda\\_de\\_salud.pdf](http://www.respyn.uanl.mx/viii/2/dia/glosa/agenda_de_salud.pdf)

30 Cohen RE. Salud mental para víctimas de desastres. México D.F: Editorial El Manual Moderno; 2000.

31 Short T, Thomas S, Luebbers S, Ogloff JRP, Mullen P. Utilization of public mental health services in a random community sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010; 44(5): 475-481.

32 Woltmann EM, Whitley R. Shared decision making in public mental health care: perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatry Rehabil J*. 2010; 34(1): 29-36.

33 Fledderus M, Bohlmeijer ET, Smit F, Westerhof GJ. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *Am J Public Health*. 2010; 100(12): 2372-2372.

34 Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011; 49(1): 4-10.

35 Bloom JR, Wang H, Kang SH, Wallace NT, Hyun JK, Hu T-wei. Capitation of public mental health services in Colorado: a five-year follow-up of system-level effects. *Psychiatr Serv*. 2011; 62(2): 179-185.

36 Lindamer LA, Liu L, Sommerfeld DH, Folsom DP, Hawthorne W, Garcia P, et al. Predisposing, Enabling, and Need Factors Associated with High Service Use in a Public Mental Health System. *Adm Policy Ment Health* [revista en internet]. 2011 [acceso 5 de Julio de 2011]; 39(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533848>

37 Robertson M, Pfefferbaum B, Codispoti CR, Montgomery JM. Integrating authorities and disciplines into the preparedness-planning process: a study of mental health, public health, and emergency management. *Am J Disaster Med*. 2007; 2(3): 133-142.

38 Fudge EA, Robinson P. A public health approach to promoting better mental health outcomes for children of parents with a psychiatric disability. *Psychiatr Rehabil J*. 2009; 33(2): 83-90.

39 Stiffman AR, Stelk W, Horwitz SM, Evans ME, Outlaw FH, Atkins M. A public health approach to children's mental health services: possible solutions to current service inadequacies. *Adm Policy Ment Health*. 2010; 37(1-2): 120-124.

40 Druss BG, Mays RA, Edwards VJ, Chapman DP. Primary care, public health, and mental health. *Prev Chronic Dis*. 2010; 7(1): A04.

41 Freeman EJ, Colpe LJ, Strine TW, Dhingra S, McGuire LC, Elam LD, et al. Public health surveillance for mental health. *Prev Chronic Dis*. 2010; 7(1): A17.

42 Whitson ML, Kaufman JS, Bernard S. Systems of Care and the Prevention of Mental Health Problems for Children and their Families: Integrating Counseling Psychology and Public Health Perspectives. *Prev Couns Psychol*. 2009; 3(1): 3-9.

43 Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: El Ministerio; 2005.

44 Jarillo E, Guinsberg E. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2007.

45 Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental? [internet]. Ginebra: OMS; 2007 [acceso 11 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

46 Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: El Ministerio; 1998.

47 Gómez RD. La noción de "salud pública": consecuencias de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2002; 20(1): 101-116.

48 Guinsberg E. La salud mental en el neoliberalismo. México D.F: Plaza y Janés; 2001.

49 Rogers A, Pilgrim D. A sociology of the mental health and illness. 4o ed. United Kingdom: McGraw Hill; 2010.

50 Pérez JF. Acerca del concepto de salud mental. En: Ruiz A. El silencio de los síntomas: la salud mental. Medellín: NEL Medellín; 2010.

51 Torres Y, Montoya ID. II Estudio de Salud mental y sustancias psicoactivas. Bogotá: El Ministerio; 1997.

52 Torres Y, Zapata M, Montoya L, Garro G, Hurtado G, Valencia ML. Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín 2009. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2009.

53 Torres Y, Berbesi DY, Bareño J, Montoya LP. Situación de Salud Mental del Adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Medellín: L. Vieco e Hijas Ltda; 2010.

54 Torres Y, Osorio J, López L, Mejía R. Salud Mental del Adolescente. Medellín - 2006. Medellín: Artes y Letras; 2007.

55 Guze SB. Biological psychiatry: is there any other kind? *Psychological medicine*. 1989; 19(2): 315-323.

56 Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ*. 2001; 322(7291): 937-937.

57 Jervis G. Manual crítico de psiquiatría. Barcelona: Anagrama; 1977.

58 Guinsberg E. Salud mental y subjetividad como aspectos sustitutivos de la salud colectiva. En: Jarillo E, Guinsberg E. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2007.

59 Pedrosa M, Sola RG. La moderna psicocirugía: un nuevo enfoque de la neurocirugía en la enfermedad psiquiátrica. *Rev Neurol*. 2003; 36(9): 887-897.

60 Yepes FJ. La salud en Colombia: Hallazgos y recomendaciones. Bogotá: El Ministerio, Departamento Nacional de Planeación; 1990.

61 Flórez L. La psicología de la salud en Colombia. *Univ. Psychol*. 2006; 5(3): 681-693.

62 Possas C. Epidemiología e sociedad: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989.

63 Rodríguez J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 1995.

64 Toro J. *El análisis del comportamiento: una introducción general*. Rev. Logop. Fonoaud. 1985; 5(3): 132-137.

65 Watson JB. *Conductismo*. Buenos Aires: Paidos; 1976.

66 Skinner B. *Sobre el conductismo*. Barcelona: Planeta-Agostini; 1994.

67 Watson JB. La psicología tal como la ve el conductista. En: Gondra JM. *La psicología moderna: Textos básicos para su génesis y desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1982.

68 Watson JB. Behavior and the concept of mental disease. *Journal of philosophy*. 1916; 13(22): 589-597.

69 Vallejo J, Baca E, Leal C. Modelos conceptuales en la psiquiatría actual. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2008. p. 46-61.

70 Beck J. *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa; 2000.

71 Oblitas LA. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2º ed. México D.F: Thomson; 2006.

72 Miyazaki Y, Yamaguchi A, Kondo A, Igarashi M, Yotsuji N, Takahashia I. [Relapse prevention program for drug addicts in center for mental health and welfare]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2010; 45(2): 119-127.

73 Skara S, Rohrbach LA, Sun P, Sussman S. An evaluation of the fidelity of implementation of a school-based drug abuse prevention program: project toward no drug abuse (TND). *J Drug Educ*. 2005; 35(4): 305-329.

74 Lam CW, Shek DTL, Ng HY, Yeung KC, Lam DOB. An innovation in drug prevention programs for adolescents: the Hong Kong Astro project. *Int J Adolesc Med Health*. 2005; 17(4): 343-353.

75 Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR. Long-term follow-up effects of a school-based drug abuse prevention program on adolescent risky driving. *Prev Sci*. 2004; 5(3): 207-212.

76 Furr CD, Lalongo NS, Anthony JC, Petras H, Kellam SG. Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 73(2): 149-158.

77 Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *Int J Emerg Ment Health*. 2002; 4(1): 41-48.

78 Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill M. Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prev Sci*. 2001; 2(1): 1-13.

79 Palinkas LA, Atkins CJ, Miller C, Ferreira D. Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents. *Prev Med*. 1996; 25(6): 692-701.

80 Stice E, Rohde P, Gau JM, Wade E. Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(6): 856-867.

81 McCarty CA, Violette HD, McCauley E. Feasibility of the positive thoughts and actions prevention program for middle schoolers at risk for depression. *Depress Res Treat*. 2011; 2011: 241-386.

82 Wittkowitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(3): 362-374.

83 Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(2): 273-280.

84 Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adoles- cents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301(21): 2215-2224.

85 Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(4): 595-606.

86 Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(5): 449-458.

87 Jaffe PG, Sudermann M, Reitzel D, Killip SM. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence Vict*. 1992; 7(2): 129-146.

88 Paschall MJ, Flewelling RL. Measuring intermediate outcomes of violence prevention programs targeting African-American male youth: an exploratory assessment of the psychometric properties of six psychosocial measures. *Health Educ Res*. 1997; 12(1): 117-128.

89 Orpinas P, Kelder S, Frankowski R, Murray N, Zhang Q, McAlister A. Outcome evaluation of a multi-component violence-prevention program for middle schools: the Students for Peace project. *Health Educ Res*. 2000; 15(1): 45-58.

90 Durant RH, Barkin S, Krowchuk DP. Evaluation of a peaceful conflict resolution and violence prevention curriculum for sixth-grade students. *J Adolesc Health*. 2001; 28(5): 386-393.

91 The multisite violence prevention project: impact of a universal school-based violence prevention program on social-cognitive outcomes. *Prev Sci*. 2008; 9(4): 231-244.

92 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permite analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la comisión sobre determinantes sociales de la salud (Borrador) [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [acceso 12 de Marzo de 2011]. Disponible en: [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA\\_SITUACIONAL/ARCHIVO%20Y%20BIBLIOTECA/OTRO\\_DOCUMENTO/10.pdf](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/ARCHIVO%20Y%20BIBLIOTECA/OTRO_DOCUMENTO/10.pdf)

93 Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia internacional sobre atención primaria en salud [Internet]. Washington: OPS; 1978 [acceso 11 de Noviembre de 2010]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almata_declaracion.htm)

94 Almeida N. *La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

95 Ministerio de la Protección Social. *Salud Mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de los derechos*. Bogotá: El Ministerio; 2007.

96 Guinsberg E. ¿De qué “salud mental” estamos hablando? Administración y organizaciones. 2008; 20(10): 9-19.

97 Fromm E, Funk R, Fuente E. *La patología de la normalidad*. Barcelona: Paidós; 2001.

98 Mardones JM. *Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica*. Barcelona: Anthropos; 2001.

99 Molina C. *Política nacional del campo de la salud mental: espacio de gestión y sostenibilidad política de una propuesta de salud mental para el país*. En: Arrivillaga M. *Salud mental: problema y reto de la salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.