

Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios

Mental Health and Quality of Life: Their Relationship in Age Groups



Alan Ornelas Ramírez, Ana Olivia Ruíz Martínez

Centro Universitario UAEM Zumpango

alan_aperi.spatium@yahoo.com

Cómo citar Citation

Ornelas Ramírez, A., & Ruíz Martínez, A. O. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.2.21

Recibido Received

20 / 4 / 2016

Aceptado Accepted

13 / 9 / 2016

Copyright

© 2017 Ornelas Ramírez

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), lo que permite compartirlo o adaptarlo, sin fines comerciales, con indicación del autor y la fuente original.

This is an open access article under Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) license, which allows sharing or adapting it in any medium, without commercial purposes, giving credit to original author and source.

Resumen

Debido a la relevancia de la salud mental, la presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los problemas de salud mental y la calidad de vida en diferentes grupos etarios. Se realizó una investigación cuantitativo-correlacional, con una muestra de 459 personas mayores de edad residentes de la Jurisdicción Sanitaria de Zumpango, divididos en cuatro grupos (Adolescentes, Adulto joven, Adulto intermedio y Adulto tardío); utilizando los instrumentos SCL-90-R, WHOQOL-Bref, AUDIT y DAST. Resultados: Los principales problemas de los adolescentes son la sensibilidad y depresión asociados con relaciones sociales; en los adultos tempranos fueron las obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad y psicoticismo asociados con salud psicológica y salud física; los adultos intermedios presentan somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide, hostilidad y psicoticismo en asociación con la salud física, psicológica y relaciones sociales; los adultos tardíos presentaron sensibilidad interpersonal y depresión asociados con la salud física y psicológica. Conclusión: los adultos intermedios presentan mayores problemáticas de salud mental, la depresión se asocia con menor calidad de vida en todas las edades, los resultados pueden utilizarse para la promoción y prevención para la salud mental.

Palabras clave

Salud mental, Calidad de vida, Jóvenes, Adultos, Ancianos

Abstract

Due to the relevance of mental health, the present research aimed to analyze the relationship between mental health problems and quality of life in different age groups. A quantitative-correlational research was carried out with a sample of 459 people over age residents of the Sanitary District of Zumpango, divided into four groups (Teen, Young Adult, Intermediate adult and Senior adult); using the SCL-90-R, WHOQOL-Bref, AUDIT and DAST instruments. Results: The main problems of teenagers are sensitivity and depression associated with social relationships; with young adults were obsessions and compulsions, depression, anxiety and psychoticism associated with psychological health and physical health; intermediate adults have somatization, obsessions and compulsions, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, paranoid ideation, hostility and psychoticism in association with physical, psychological health and social relations; senior adults showed interpersonal sensitivity and depression associated with physical and psychological health. Conclusions: intermediate adults present greater mental health problems, depression is associated with lower quality of life in all ages; the results can be used for promotion and prevention for mental health.

Keywords

Mental Health, Quality of Life, Youth, Adults, Senior adults

Introducción

En el campo de la salud mental existe una carencia de atención debidamente orientada a la solución de sus problemas, los cuales se asocian con un origen multifactorial donde los factores personales y sociales confluyen desfavorablemente. Específicamente, el individuo que se ve afectado por problemas de salud mental tales como ansiedad, depresión, alcoholismo, etc., ve disminuido su bienestar y funcionalidad, lo que se refleja en su calidad de vida en general. Estas afectaciones pueden variar de persona a persona ya que cada individuo vive y percibe sus experiencias y su entorno de manera diferente; lo cual puede cambiar a lo largo del ciclo vital.

Desde una perspectiva bio-psico-social se enfatiza la importancia de lo biológico, psicológico y social, su interrelación y autorregulación, acentuando que la salud y la enfermedad puede verse afectada según esos tres elementos como principales determinantes de la salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004); y retomando aspectos positivos se reconoce que el concepto de salud es dinámico y cambiante, que incluye tanto la enfermedad como la posibilidad del desarrollo de las capacidades personales y sociales, siendo un proceso que no ocurre en aislado sino que se ve influenciado por el contexto social (Rodríguez-Marín y Neipp, 2008). Desde esta perspectiva, para abordar los problemas de salud mental es importante definir el concepto de salud como un estado y sentimiento de bienestar importante, tanto para poder desempeñar actividades sociales como para estar bien en forma individual (Lámbarri, Flores & Berenzon, 2012); al contrario de la enfermedad que es un estado y sentimiento de malestar, anormalidad, desequilibrio o tristeza que impide la realización de muchas actividades; dicha limitación de la funcionalidad depende de los síntomas y los recursos medioambientales (Robles, Medina, Páez, & Becerra, 2010).

En general, la salud mental está relacionada con la calidad de vida, término que es cambiante según las perspectivas socio-económicas, culturales, geográficas e históricas (Organización Mundial de la Salud, 2004), donde confluyen factores como: economía, empleo, equidad, cohesión social, urbanización, normas y valores (Parales-Quenza, 2008). A pesar de que la calidad de vida no posee una definición unívoca, existe acuerdo en la literatura en atribuirle significados de bienestar social, funcionamiento emocional, desempeño, satisfacción con la vida, soporte social, etc. (Katschnig, 2006). Al respecto, Connell, O' Cathain y Brazier (2014) identificaron siete tópicos principales asociados con la calidad de vida: Bienestar/malestar, autonomía, autopercepción, pertenencia, actividad, esperanza/desesperanza y salud física; ellos consideran que una buena calidad de vida está caracterizada por la presencia de estas temáticas en modo positivo; por el contrario su presencia negativa equivale a una calidad de vida pobre. En el ámbito de la salud es común utilizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que representa la parte de la calidad de vida que se relaciona con la salud del individuo, que incluye cuatro dimensiones: funcionamiento físico, sensación somática, funcionamiento social y funcionamiento psicológico (Giuliani y Gigantesco, 2011).

El concepto de calidad de vida permite aproximarnos al desempeño de la persona en diferentes aspectos de su vida y comprender la perspectiva de los sujetos sobre su propio bienestar profundizando en la dimensión subjetiva de la salud; por ello es beneficioso para describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y como consideración de la efectividad de los tratamientos (Urzúa, 2010).

De esta manera, se entiende que la calidad de vida de las personas mejora su salud mental y a la inversa, la presencia de un trastorno mental repercute significativamente en la calidad de vida de los pacientes incluyendo a sus familias (Fernández, Buitrago, Ciurana, Chocrón, García, Montón, et al., 2012). A lo que hay que agregarle, el hecho de que el paciente también tiene que lidiar con el estigma que la sociedad manifiesta sobre

su malestar y persona de dicho paciente, considerando también el autoestigma (Campo-Arias, Celina, y Herazo, 2014).

Se ha observado que la correlación entre la calidad de vida y las psicopatologías depende de factores sociales, institucionales, personales, etc., por lo tanto, en busca de una mejora del estado de la salud mental las intervenciones se deben impartir en todos los niveles (González-Quevedo, Sanabria-Ferrand y Zuluaga, 2010). Asimismo, las intervenciones orientadas a la calidad de vida deben dirigirse tanto a los pacientes como a sus familias; y contemplar la rehabilitación comunitaria en lugar de acudir al internamiento (Robles, et al., 2010), reconociendo que la integración social y comunitaria promueve la calidad de vida y la salud mental (Serrano, 2014).

Ahora bien, ni la calidad de vida ni la salud mental se mantienen estáticas, al contrario son dinámicas y presentan cambios a lo largo de la vida, por lo que se considera valioso indagar ¿Cuáles son los principales problemas de salud mental en diferentes etapas de la vida?, lo cual ofrecerá conocimiento relevante para diseñar e implementar estrategias de intervención más acorde a las necesidades y orientados a la solución.

En este sentido, algunos estudios plantean una asociación entre lo vivido en la infancia y adolescencia y la salud mental en edades más avanzadas (Ávalos & Saldaña, 2013; Barcelata, Luna, Granados & Gómez-Maqueo, 2013; Jenkins, 2005; Ruvalcaba y Alva, 2013). Sin embargo, en edades tempranas las posibilidades de tratamiento se ven obstaculizadas puesto que es necesario que un adulto detecte el problema, para que se busque su atención (Benjet, 2009).

En infantes y adolescentes alrededor de 34.4% de la población en ambos sexos, presenta más de un síndrome psicopatológico sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos, sin embargo, al observar los grupos de edad, de 4-12 años la sintomatología es mayor en hombres (21% en hombres; 14.7% en mujeres), y de 13 a 16 años los papeles se invierten (19.3% en hombres; 23.1% en mujeres) (Caraveo, 2007).

Al estudiar a las personas jóvenes se encuentra que el ámbito social repercute en el bienestar del individuo integrando las variables de destrezas sociales, pertenencia a grupo, auto concepto, autoestima y situación familiar; si estos factores resultan negativos incrementa el riesgo para desarrollar psicopatología, por lo cual a medida que el joven va creciendo toma mayor relevancia su integración en grupos sociales, resultando importante su inserción escolar y el sentido de pertenencia (Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004; Nuñez, Tobón, Arias, Hidalgo, Santoyo, Hidalgo & Rasmussen, 2010).

La etapa de vida más productiva se encuentra entre los 25 y 64 años. Los servicios de salud buscan para la población de esta etapa la prevención de problemas de salud, desde lesiones, discapacidad y generación de enfermedades degenerativas; En esta etapa adulta, los efectos de los factores de riesgo en el estilo de vida incrementan la posibilidad de que se presenten trastornos a medida que avanza la edad (Vega, González, Llibre y Ojeda, 2009), en tanto que la actividad física recreativa les genera bienestar y mejor calidad de vida (Mora, Villalobos, Araya, Ozols, 2004).

En este sentido, Casullo (2004) al analizar adultos de 25 a 60 años no encontró diferencias significativas en los diferentes grupos de edad excepto en los varones de 25 a 36 años quienes salieron más altos en obsesiones y compulsiones; Mientras que en mujeres amas de casa de 45 a 65 años, se encontraron más síntomas negativos de salud física y las mujeres que tienen algún trabajo fuera del hogar presentan síntomas de depresión, tristeza, abatimiento y soledad. Incluso en el nivel geriátrico la depresión es superior significativamente en las mujeres (Mora, et al., 2004).

En cuanto a la tercera edad comprendida de los 65 años en adelante, hay que considerar que el envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida y repercusiones para la salud, suele existir mayor deterioro funcional; aunque este puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Por lo tanto, el objetivo en la intervención del sistema de salud no es prolongar la vida, sino mantener la mejor calidad de vida en el tiempo que le queda (Jenkins, 2005).

Se ha mostrado que existe relación entre la funcionalidad y los problemas de salud mental en los adultos mayores, siendo más probable que las personas con alguna limitación presenten problemas o trastornos mentales debido a que requieren mayor apoyo para interactuar con su medio, debido a desajustes biopsicosociales que actúan como estresores emocionales, por esto se sugiere una asociación entre la discapacidad, producto de distintas enfermedades, con el inicio y persistencia de un trastorno depresivo en adultos mayores (Vega, et al., 2009). El proceso de deterioro de salud de los adultos mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud, y los egresos hospitalarios se han acrecentado en los últimos seis años (Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo, Acosta-Castillo, Sosa-Ortiz, Gutiérrez-Robledo, et al., 2013).

Entre los problemas mentales de mayor demanda en los adultos mayores se encuentran: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos delirantes, demencias y consumo de sustancias, especialmente el alcohol (Vega, et al., 2009). El problema que se plantea es que se consume gran cantidad de recursos en salud mental y es necesario reducir los periodos de morbilidad terminal (Jenkins, 2005). En adición, para los tiempos venideros, habrá más población anciana que joven, lo cual se incrementará el problema del cuidado de esta población al haber menor cantidad de cuidadores disponibles que necesitados (Jané-Llopis y Gabilondo, 2008). Por esto se acentúa la necesidad de que se procure en las intervenciones la conservación de la autosuficiencia de las personas, así se reduciría la necesidad de cuidadores.

Tal como se ha planteado la salud mental se ve afectada según la edad de las personas y por ello la calidad de vida también se ve modificada, las condiciones objetivas de vida afectan la calidad de vida subjetiva pues esta depende de que las condiciones de vida se ajusten con las necesidades, deseos y aspiraciones de la persona (Botero y Pico, 2007; Flores, Colunga, Ángel, Vega y Cervantes, 2013; Verdugo y Martín 2002). Por lo tanto, la atención a los problemas de calidad de vida en relación con el cuidado de la salud mental es especialmente relevante en la evaluación y tratamiento oportuno (Giuliani y Gigantesco, 2011).

En este sentido, el presente estudio reconoce la importancia la salud mental y la calidad de vida; y se interesa en el dinamismo de dicha relación al considerar que a lo largo del ciclo vital, debido a múltiples factores y experiencias, las personas pueden percibir de manera diferente tanto su calidad de vida como sus problemáticas de salud mental. Cabe señalar, que se trabaja con población comunitaria con la intención de entender cómo se relacionan dichas variables en población no clínica, ya que consideramos que esta parte de la población ha sido soslayada, y debería considerarse por ser un sector idóneo para incidir de manera preventiva. Con el presente estudio, se pretende contribuir en la generación de conocimiento sobre la complejidad de los problemas de salud mental, que más adelante sirvan para generar acciones de intervención más específicas de acuerdo a la edad, esperando que sean más efectivas por atender necesidades específicas, buscando causar mayor impacto en la calidad de vida.

Dado lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo general: analizar la relación entre los problemas de salud mental y la calidad de vida en diferentes grupos etarios (adolescentes, adulto joven, intermedio y tardío), en habitantes de Zumpango, Estado

de México; para lo cual plantearon se plantearon como objetivos específicos: Describir cada una de las variables de estudio (calidad de vida y problemas de salud mental a través de los síntomas psicopatológicos). Asimismo se estableció la hipótesis de investigación indicando que de acuerdo a la edad pueden existir diferentes problemáticas y malestares psicológicos que se relacionen con menor calidad de vida.

Método

Contextualización

Para enmarcar el presente estudio se agregan algunos datos sobre las condiciones que se presentan en la Jurisdicción Zumpango. La Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, está integrada por uno o varios municipios y una población de hasta un millón novecientos mil habitantes. Trabaja desde un esquema de descentralización de los servicios de salud impulsada por la Secretaría de Salud y por la regionalización, es decir, por la conformación de áreas geo demográficas delimitadas con características étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo comunes, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y poder responder a las necesidades de atención a la salud particulares de la región.

De manera específica, Zumpango denomina tanto a la región como al municipio y la jurisdicción sanitaria. La región XVI del Estado de México se ubica en la parte noreste de la entidad; el municipio ocupa la cabecera de dicha región, en él se asienta la sede de la Jurisdicción Sanitaria Zumpango, que a su vez engloba a los municipios de Apaxco, Huehuetoca, Hueypoxtla, Jaltenco, Nextlalpan, Tecámac, Tequixquiatic, Tonanitla y Zumpango. En cuanto a las acciones educativas sobre salud mental, la jurisdicción reporta sesiones informativas sobre depresión, trastorno por déficit de atención, psicopatología infantil y juvenil, demencias.

El municipio de Zumpango se encuentra ubicado en la región nororiente del Valle Cuautitlán-Texcoco del Estado de México que se caracteriza por una zona dinámica y compleja, expuesta a las tendencias de la globalización donde las comunidades resienten la expansión de las zonas conurbadas de la Cd. de México. El grupo de edad más numeroso de población es el de 15 a 44 años (Censo poblacional INEGI, 2010), es decir las personas en edad productiva, las mismas que también demandan empleo, vivienda y educación en esta región, se registra población en pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio menores a los estatales.

Diseño

Se presenta un estudio de corte cuantitativo y transversal con alcance correlacional, mediante la aplicación de una batería que permitió identificar los problemas de salud mental y la calidad de vida percibida en la población comunitaria.

Participantes

El universo comprende a todos los residentes en la Jurisdicción Sanitaria de Zumpango (JSZ) en el Estado de México. Se incluyeron únicamente a personas mayores de edad (>18 años) hombres y mujeres que residan dentro de la JSZ, se abordó de manera indistinta la escolaridad y la ocupación. La muestra fue de 459 no probabilística, por conveniencia con sujetos voluntarios, compuesta por 271 Mujeres y 194 hombres, de 18 años en adelante. Divididos en cuatro grupos de edad que son: Adolescentes (18 a 19

años) (n= 41) Adulto joven (20 a 40 años) (n= 293), Adulto intermedio (41 a 60 años) (n= 104) y Adulto tardío (61 y más) (n= 21). Las divisiones se realizaron según algunas consideraciones del proceso de desarrollo humano según Papalia, Olds y Feldman (2005). Se excluyó a aquellos que no aceptaran participar, posteriormente se eliminaron a aquellos que no contestaron el cuestionario completo.

Instrumentos

La batería de instrumentos que se aplicó constó de:

Ficha de identificación en la cual se rescató la edad y género, para clasificar a los participantes en alguno de los grupos etarios.

La Salud mental se midió con los siguientes cuestionarios:

1.- Symptom Check List-90-R (SCL-90-R), realizado por Derogatis (2002) el cual mide el grado de estrés psicológico bajo nueve dimensiones de sintomatología psiquiátrica: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Fue validado en sujetos mexicanos por Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005) quienes obtuvieron una consistencia interna y valor de constructo aceptables ($\alpha = 0.6$ a 0.85 ; $\rho = 0.25$ y ≥ 0.5).

2.- AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) realizado por Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993) y fue utilizado y validado por la OMS (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

3.- Cuestionario de Uso de Drogas DAST-10 realizado por Bedregal, Sobell, Sobell y Simco (2006), el cual es un instrumento que mide los riesgos por consumo de drogas, excluyendo alcohol y tabaco.

Para estos últimos (AUDIT y DAST-10) se utilizó la validación y puntos de corte de Gómez-Maqueo, Gómez, Morales y Pérez (2009) en la que se expone un $\alpha = 0.82$ y $r = 0.56$ de AUDIT y $\alpha = 0.97$ y $r = 0.32$ y 0.37 de DAST-10.

4.- La calidad de vida se midió con el WHOQOL-Bref (Cuestionario de Calidad de Vida) realizado por la OMS y validado para México por González-Celis, Tron y Chávez (2009), el cual mide diferentes áreas de la calidad de vida: salud psicológica, salud física, medio ambiente y relaciones sociales; la validez obtenida para México fue de $\alpha = 0.75$. La escala de calificación es de 0 hasta 20 puntos donde mientras más alto el puntaje mejor calidad de vida.

El permiso para la aplicación y procesamiento de los datos se hizo bajo consentimiento informado, respetando los lineamientos éticos y lineamientos de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). La recolección de datos se realizó desde las zonas céntricas de cada municipio pertenecientes a la JSZ. Se abordaba a transeúntes y comerciantes que estuvieran disponibles, se explicaba la naturaleza de la investigación y contenido del cuestionario y se les proporcionaba dicho cuestionario a quienes aceptaran participar.

Análisis de datos

Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS v23 de IBM. En el caso del SCL-90-R, se calificó y se hizo un análisis estadístico descriptivo de cada una de las dimensiones. De manera similar se realizó la exploración estadística descriptiva con la

calificación de los instrumentos DAST-10 y AUDIT, detectando en este caso las problemáticas más severas en cuanto consumo de alcohol y el consumo de drogas.

Para evaluar la calidad de vida se calificó el WHOQOL-bref y se identificaron las áreas de calidad de vida que se perciben por los habitantes como las de mayor calidad.

Se realizaron correlaciones de Pearson entre los diferentes instrumentos, para medir la relación entre las áreas de calidad de vida y la sintomatología encontrada, dentro de los cuatro grupos de edad. Y se resumieron las correlaciones más fuertes con una $r \geq 0.50$, con excepción del grupo de adolescentes donde se retomaron correlaciones hasta de $r \geq 0.30$ dada su relevancia conceptual y su relación con la sintomatología global.

Resultados

Según estos resultados, en los adolescentes se encuentra con mayor fuerza a las Obsesiones y compulsiones, ansiedad e ideación paranoide. En los adultos tempranos se encuentran las obsesiones y compulsiones, ideación paranoide y depresión. Los adultos intermedios presentaron Obsesiones y compulsiones, depresión y somatización junto con ideación paranoide. Finalmente, los adultos tardíos presentan somatización, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide.

Considerando las adicciones, el alcoholismo se encuentra con mayor magnitud en adolescentes después en adultos tempranos, intermedios y tardíos en el caso de la drogadicción, se encuentran en primer lugar los adolescentes adultos tempranos los intermedios y en los tardíos no se presenta.

Tabla 1. Puntuaciones medias de la sintomatología de los grupos etarios

Grupo de edad	Adolescente	Adulto temprano	Adulto intermedio	Adulto tardío
Sintomatología	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)
Somatización	.51 (.48)	.52 (.62)	.66 (.73)	.64 (.74)
Obsesiones y compulsiones	.67 (.60)	.66 (.72)	.72 (.72)	.40 (.49)
Sensibilidad interpersonal	.49 (.48)	.49 (.67)	.52 (.65)	.43 (.54)
Depresión	.49 (.49)	.54 (.71)	.69 (.77)	.33 (.28)
Ansiedad	.53 (.52)	.50 (.62)	.55 (.70)	.40 (.45)
Hostilidad	.47 (.45)	.47 (.56)	.49 (.56)	.28 (.33)
Ansiedad fóbica	.24 (.50)	.34 (.55)	.39 (.65)	.21 (.41)
Ideación paranoide	.52 (.50)	.57 (.73)	.66 (.72)	.43 (.39)
Psicoticismo	.28 (.32)	.35 (.58)	.38 (.51)	.25 (.30)
Índice de Severidad Global	.50 (.37)	.51 (.56)	.59 (.59)	.40 (.32)
Alcoholismo	3.98 (5.10)	3.45 (5.09)	2.87 (5.86)	1.86 (4.21)
Drogadicción	.59 (1.48)	.18 (.84)	.14 (.82)	.00 (.00)

Por otro lado, también se identificaron las áreas de calidad de vida que se encuentran con mejor nivel (Tabla 2). Los adolescentes y adultos tardíos presentaron mayor calidad en las relaciones sociales, el adulto temprano e intermedio en la salud física.

Tabla 2. *Puntuaciones medias de Calidad de Vida en los grupos etarios*

Grupo de edad	Adolescente	Adulto temprano	Adulto intermedio	Adulto tardío
Dimensión de Calidad de vida	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)
Salud física	16.07 (2.62)	16.42 (2.19)	15.65 (2.84)	15.84 (2.54)
Relaciones sociales	16.29 (3.33)	15.70 (2.92)	15.04 (3.40)	16.06 (2.48)
Medio ambiente	13.90 (2.58)	13.35 (2.27)	12.91 (2.45)	13.21 (1.63)
Salud psicológica	15.80 (2.48)	15.66 (2.63)	15.27 (3.09)	15.49 (1.76)
Calidad de vida general	15.52 (2.30)	15.28 (2.11)	14.72 (2.59)	15.15 (1.64)

Nota: \bar{X} = media, DE= Desviación estándar

En el grupo de adolescentes (Tabla 3) se encontró, entre las más importantes, la sensibilidad interpersonal asociada con las relaciones sociales. La sintomatología global (ISG) se correlacionó a las relaciones sociales y salud psicológica. Otro dato relevante es que la somatización, la sensibilidad interpersonal y la depresión tienen mayor correlación con la calidad de vida general.

En cuanto al consumo del alcohol y consumo de drogas no se encontraron correlaciones significativas de su presencia con las dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 3. *Correlaciones entre las dimensiones sintomatológicas y dimensiones de la calidad de vida en adolescentes (Resumen)*

Adolescente (r)	Salud física	Relaciones sociales	Salud psicológica	Calidad de Vida General
Somatización	-.36*	-.25	-.28	-.33*
Sensibilidad interpersonal	-.15	-.51**	-.39*	-.40*
Depresión	-.19	-.32*	-.45**	-.36*
Índice de Severidad Global	-.25	-.33*	-.39*	-.36*

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

* . La correlación es significativa al nivel 0,05.

En el caso de los adultos tempranos (Tabla 4) se encontraron correlaciones significativas entre el total de las dimensiones de la sintomatología y las dimensiones de la calidad de vida, sin embargo, considerando las correlaciones más fuertes se encuentran la salud psicológica con las obsesiones y compulsiones, depresión y el psicoticismo; La salud física también se correlacionó con la depresión; la calidad de vida general presenta

relevancia en relación con la ansiedad. Resultando que la sintomatología global se encuentra más relacionada con la salud física y psicológica.

En los adultos tempranos existe la presencia de drogadicción, pero no se asoció en absoluto con la calidad de vida, sino con las dimensiones del SCL-90-R que, aunque fueron significativas no obtuvieron la magnitud considerable ($r \geq 0.50$). En el caso del alcoholismo no se encontró relación significativa alguna con las dimensiones del SCL-90-R o el WHOQOL-Bref. Únicamente se reveló la débil correlación entre alcoholismo y drogadicción.

Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones sintomatológicas y dimensiones de la calidad de vida en adultos tempranos (Resumen)

Adulto temprano (r)	Salud física	Salud psicológica	Calidad de Vida General
Somatización	-.48**	-.48**	-.51**
Obsesiones y compulsiones	-.49**	-.51**	-.54**
Depresión	-.51**	-.59**	-.60**
Ansiedad	-.45**	-.49**	-.50**
Psicoticismo	-.47**	-.53**	-.55**
Índice de Severidad Global	-.52**	-.58**	-.59**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

* . La correlación es significativa al nivel 0,05.

Los resultados de los adultos intermedios (Tabla 5) son muy similares a los de los adultos tempranos pues tienen asociaciones en todas las áreas y la mayoría tiene una $r \geq 0.50$, entre ellas la salud física con la somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo; la salud psicológica se correlacionó con la somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo; finalmente las relaciones sociales se correlacionaron con la depresión, ansiedad e ideación paranoide, en este caso las áreas de calidad de vida más importantes para la sintomatología general (ISG) fueron salud física, relaciones sociales y salud psicológica.

Las puntuaciones de la drogadicción presentaron una correlación baja con la sensibilidad interpersonal ($r = 0.23$, sig. = 0.019). Sin embargo, no hay correlaciones significativas con el alcoholismo.

Tabla 5. Correlaciones entre las dimensiones sintomatológicas y dimensiones de la calidad de vida en adultos intermedios (Resumen)

Adulto intermedio (r)	Salud física	Relaciones sociales	Salud psicológica	Calidad de Vida General
Somatización	-.65**	-.39**	-.51**	-.55**
Obsesiones y compulsiones	-.61**	-.50**	-.53**	-.59**

Sensibilidad interpersonal	-.54**	-.49**	-.52**	-.56**
Depresión	-.66**	-.56**	-.62**	-.66**
Ansiedad	-.60**	-.42**	-.54**	-.55**
Hostilidad	-.54**	-.49**	-.49**	-.54**
Ideación paranoide	-.58**	-.51**	-.54**	-.59**
Psicoticismo	-.58**	-.38**	-.50**	-.51**
Índice de Severidad Global	-.68**	-.52**	-.60**	-.64**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

* . La correlación es significativa al nivel 0,05.

Finalmente, con los adultos tardíos (Tabla 6) se encontraron entre las sintomatologías más importantes tanto la sensibilidad interpersonal como la depresión se asocian con la salud física y la psicológica. Resultando que tanto la salud física como la psicológica son las más importantes en relación con la sintomatología general (ISG) para este grupo.

Tabla 6. Correlaciones entre las dimensiones sintomatológicas y dimensiones de la calidad de vida en adultos tardíos (Resumen)

Adulto tardío (r)	Salud física	Salud psicológica	Calidad de Vida General
Obsesiones y compulsiones	-.49*	-.53*	-.34
Sensibilidad interpersonal	-.54*	-.58**	-.46*
Depresión	-.62**	-.67**	-.59**
Índice de Severidad Global	-.63**	-.58**	-.55**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

* . La correlación es significativa al nivel 0,05.

Discusión

Dada la relevancia de la salud mental como parte de la salud integral, el presente estudio se realizó con el propósito de analizar la relación entre problemas de salud mental y la calidad de vida en diferentes grupos de acuerdo a su edad. Los hallazgos señalan que se establecen diferentes relaciones entre los síntomas y los elementos de la calidad de vida en los grupos de adolescentes, adulto temprano, adulto intermedio y adulto tardío, en esta muestra de participantes de población general.

En las asociaciones entre sintomatología y calidad de vida en el grupo de adolescentes destaca que la sensibilidad interpersonal y la depresión se relacionan de manera negativa con la calidad de sus relaciones sociales, salud psicológica y calidad de vida general. De esta manera se aprecia que esta etapa de la vida el individuo puede sentirse incomodo, con malestar o con estado de ánimo bajo y que ello se relaciona con sus relaciones sociales y su calidad de vida; se puede considerar que en esta etapa de transición pueden surgir sentimientos de inadecuación debido los cambios biológicos, afectivo-emocionales y conductuales propios de la edad, lo cual puede relacionarse con la las relaciones con amigos, pareja o familia. Por lo tanto, la importancia de las destrezas sociales, sentido de pertenencia, autoestima, auto-concepto y situación familiar son factores que pueden determinar a futuro desde un bienestar del sujeto hasta un desarrollo psicopatológico (Haquin, et al., 2004; Nuñez, et al., 2010). En este sentido, las intervenciones psicológicas irían dirigidas a la aceptación de los cambios integrales y el desarrollo de habilidades sociales en contextos saludables; así como, a la prevención del malestar psicológico y relaciones sociales con conductas nocivas (violencia, conducta sexual de riesgo y adicciones), en las que podrían involucrarse los adolescentes en búsqueda de aceptación y reconocimiento.

En cuanto al consumo de sustancias de los adolescentes, no se encontraron correlaciones que involucren el alcohol y las drogas, lo cual se repite en el resto de los grupos etarios, mostrando que en esta muestra comunitaria los participantes no perciben problemáticas con su consumo, ni que estas afecten su calidad de vida; lo cual puede deberse a que en su entorno social es común y aceptado el consumo de alcohol. En el presente estudio, los adolescentes son los que consumen más sustancias adictivas y conforme avanza la edad el consumo disminuye; se esperaría entonces que este grupo etario presentara los mayores grados de distrés psicológico, ya que Salazar, Ugarte, Vásquez y Loaiza (2004) señalan que mientras más se presenta distrés psicológico, como reflejo de problemas y razón de adopción de conductas de riesgo, más se presentan problemas de consumo de sustancias nocivas, pero en nuestro estudio no fue así, porque los que más problemas de salud mental presentaron fueron los adultos intermedios. La explicación a estos resultados puede buscarse en factores sociales y personales, tal como señalan Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003) al indicar que el consumo de sustancias puede asociarse con factores sociales como: disponibilidad, aprobación social, publicidad, educación inadecuada, consumo y conflictos familiares, carencia de comunicación; así como con los factores personales expuestos por Espada, et al. (2003) quienes indican que la desinformación parece más apoyada por la educación social; sin embargo una limitante es que en el presente estudio no se contemplaron los factores personales y sociales que nos permitan comprender más allá el consumo de sustancias. Específicamente para la población de este estudio, las actitudes favorables hacia el alcohol son comunes en las comunidades donde habitan los participantes, por lo que las intervenciones tendrían que ser de índole psico-social y comunitaria.

Por su parte, los adultos tempranos presentaron numerosas correlaciones entre sintomatología y distintas áreas de calidad de vida, como en el caso de la depresión, obsesiones-compulsiones e ideación paranoide se relacionan con la salud física y psicológica; estos datos nos sugieren que el estado de ánimo, las preocupaciones, y pensamientos y conductas repetitivos, sentimientos de falta de control o distorsión de pensamientos, son aspectos que se relacionan con el malestar físico y psicológico; así como con la calidad de vida en general. En cambio el consumo de sustancias no se relacionó con ninguna de los elementos de la calidad de vida. En esta etapa en que el joven adulto va adquiriendo nuevas responsabilidades y cumpliendo tareas de desarrollo como: incorporación a la vida la vida laboral, formación de una familia, adquisición de un patrimonio económico, parece que los problemas de salud mental que más e manifiestan están relacionados con el estado de ánimo y los pensamientos de

preocupación o descontrol, lo cual podría estar vinculado con un estilo de vida poco saludable para cumplir con las exigencias sociales en detrimento de su calidad de vida, en sus componentes físicos y psicológicos. Esto resulta relevante, porque el estilo de vida que se adopte en esta etapa puede prevalecer a lo largo de la vida implicando desgaste físico y emocional, en ese sentido, Vega, et al., (2009) considera que un cambio en el estilo de vida podría ser un buen comienzo para cambiar tales problemáticas. Incluso generar un hábito de realizar actividad física, especialmente recreativa, generaría una mejor calidad de vida desde esta etapa incluso en el futuro de la persona (Mora, et al., 2004).

En el caso de los adultos intermedios se encontraron relaciones importantes entre los problemas de salud mental (entre casi todos los síntomas, a excepción de la ansiedad fóbica) asociadas con la salud física, y debido a la relación encontrada con problemas físicos sugiere que las problemáticas normalmente llegan a un grado lo suficientemente intenso para volverse problemas somáticos. Las obsesiones y compulsiones, depresión e ideación paranoide asociadas al área de las relaciones sociales sugieren que en general la relación con las personas genera ansiedad, malestar emocional o distorsiones cognitivas; pareciera que sus relaciones sociales resultan, inquietantes lo que podría relacionarse con falta de destrezas sociales que debieron aprenderse en la adolescencia (Haquin, et al., 2004; Nuñez, et al., 2010). Pareciera que en esta etapa, las intervenciones serían preventivas sobre factores de riesgo, tales como: estresores, problemas interpersonales, altas demandas laborales y sociales. De igual manera, sería necesaria la detección oportuna y canalización a servicios clínicos cuando el malestar se acreciente e impacte en diversas áreas de la calidad de vida. En adiciones los resultados se mostraron similares a los adolescentes y adultos tempranos, pero para este caso se añadió una correlación entre drogadicción y sensibilidad interpersonal; de tal forma que aquellos que consumen alguna sustancia adictiva presentan sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal; es posible que recurran a las sustancias como una forma de buscar aceptación social o bajar ansiedad. En ese sentido, tanto necesario promover la salud destacando los beneficios de tener conductas saludables y en cierto sentido lo innecesario que resultan estas sustancias (Duffy, 2015).

Para la población de adultos tardíos las correlaciones se reducen, encontrando que la sensibilidad interpersonal y depresión se asocian con la salud física y psicológica, al parecer los factores que afectan la salud mental en esta etapa son el cuerpo afectado por el deterioro físico y la situación emocional; lo cual concuerda con lo señalado por Vega, et al. (2009) quienes advierten sobre la asociación ente las limitaciones funcionales y la presencia de trastorno depresivo en esta edad. Ante estas condiciones, las relaciones sociales adquieren especial importancia como proveedoras de cuidado físico y soporte emocional, en una etapa donde el adulto mayor se encuentra sensible y necesitado, por lo que la atención debería de centrarse en el cuidado de la salud y la búsqueda de una mejor calidad de vida (Jenkins, 2005). Por último, con respecto de las adicciones no se encontraron correlaciones significativas, lo más probable es que se reduce el consumo de sustancias nocivas como una forma de cuidar la propia salud física. De esta manera al final de la vida, la atención interdisciplinaria es indispensable para proveer los servicios de salud física y mental, tanto para los adultos mayores, como para las personas que se encarguen de su cuidado.

Limitaciones y sugerencias: debido a carencias de tiempo, recursos y apoyo en la recolección de datos se realizó esta de manera no probabilística aplicándose a sujetos voluntarios.

Por los resultados, se sugiere que en un futuro se repita el estudio con diseño probabilístico, cuidando las proporciones de los grupos etarios de la población, permitiendo una inferencia poblacional.

Articulación: Algo común en cada una de los grupos es que las relaciones interpersonales resultan importantes para el desarrollo, crecimiento y sentimiento de bienestar. Si vemos estos resultados como una secuencia bien puede servir como guía para la promoción de la salud o prevención de las afecciones que invaden la vida de las personas, tomando en cuenta que ya se tiene una idea de las necesidades de la población que se han detectado. Desde la infancia se debería de promover en los niños una apertura a la socialización en la cual sean capaces de buscar por sí mismos a las personas que permitan mantener relaciones saludables, es decir, de recreación, apoyo y aprendizaje, procurando que este último se asimile para el uso de su propia vida previniendo así la dependencia, de esa manera en cierta parte se prevendrían problemas en la adolescencia. Llegando a la etapa de adolescencia se podría comenzar con el manejo emocional y promover la salud física a través del ejercicio, previniendo complicaciones en sus relaciones sociales y salud física. Ya para las etapas de adultez temprana e intermedia en las situaciones que no se haya hecho prevención o en los casos que no haya tenido resultados la promoción se encontraría en proporcionar elementos como habilidades personales que les permitan superar las exigencias que la sociedad impone para la producción que se adjudica a este grupo de población. Manejo de estrés, manejo emocional, dar buen juicio a la carga de responsabilidades y recreación, etc. Finalmente, para la adultez tardía, habría menor cantidad de problemas debido a las prevenciones realizadas en las primeras etapas. En el caso de hacer promoción se podrían hacer espacios en los que se haga motivación al ejercicio o deporte y a su vez se permita la socialización con pares.

Gracias a estos datos tenemos un acercamiento al estado de la salud mental de esta población, pero aún falta un acercamiento más profundo sobre los factores que propician estos problemas de salud mental, cuyo conocimiento ayudaría a comprender mejor la problemática y ampliaría la posibilidad de diseñar intervenciones más apropiadas a las necesidades de la población.

Referencias

- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
- Ávalos L., M. L. & Saldaña L., A. J. (2013). Estudio piloto sobre la caracterización de los tipos de apego en adolescentes de bachillerato. En Ruvalcaba R., N. A., Oliveros C., L. E., Covarrubias de la T., M. T., Flores C., R. & Gutiérrez R. J. de J. (Coord.). *Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental, VOL. II* (pp. 9-10). México: Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. España: Organización Mundial de la Salud y Generalitat Valenciana.
- Barcelata E., B. E., Luna M., Q. Y., Granados M., D. A. & Gómez-Maqueo, E. L. (2013). Perfiles de personalidad de riesgo y protección de estudiantes con desventaja socioeconómica. En Ruvalcaba R., N. A., Oliveros C., L. E., Covarrubias de la T., M. T., Flores C., R. & Gutiérrez R. J. de J. (Coord.) *Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental, VOL. II* (pp. 12-24). México: Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

- Bedregal, L., Sobell, L., Sobell, M. & Simco, M. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31, 309-319. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.012
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn & Sergio Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234-242). Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Botero de M., B. E. & Pico M., M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Campo-Arias, A., Celina O., H., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43, 162-167. Recuperado de <http://zl.elsevier.es> el 16/01/2015.
- Caraveo y A., J. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30, 48-55.
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6, 49-57.
- Connell, J., O' Cathain, A. & Brazier., J. (2014). Measuring quality life in mental health: Are we asking the right questions?. *Social Science & Medicine*, 120, 12-20.
- Cruz F. C. S., López B. L., Blas G. C., González M. L. & Chávez B. R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28, 72-81.
- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Cuestionario de 90 síntomas (Adaptación Española por González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez A., M. & Rodríguez P., F.). España: Pearson.
- Duffy, D. (2015). Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371-382. doi: 10.5872/psiencia/7.2.122.
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23, 9-17.
- Fernández A., M. C., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., García Campayo, J., Montón Franco C. & Tizón García, J. L. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. *Atención Primaria*, 44, 52-56.
- Flores V., M. E., Colunga R., C., Ángel G., M., Vega L., M. G. & Cervantes C., G.A. (2013). Salud Mental y Calidad de Vida en adultos mayores. *Uaricha Revista de Psicología*, 10, 1-13.
- Giuliani, M. & Gigantesco, A. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47(4). 363-372. doi: 10.4415/ANN_11_04_07
- Gómez-Maqueo E. L., Gómez H. H. L., Morales R. B., & Pérez R. M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18, 9-17.

- González-Celis R., A. L., Tron A., R. & Chávez B., M. (2009). *Evaluación de calidad de vida: A través del WHOQOL en población de adultos mayores en México*. México: UNAM.
- González-Quevedo, L. A., Sanabria-Ferrand, P. A. & Zuluaga, H. (2010). Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea colombiana. *Revista Med*, 18, 115-122.
- Haquin F., C., Larraguibel Q., M. & Cabezas A., J. (2004). Factores protectores y de riesgo en Salud Mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75, 425-433.
- Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. [Salud Mental de las personas mayores, documento de consenso]. Luxembourg: European Communities.
- Jenkins, C. D. (2005). *Mejoremos la salud de todas las edades: Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5, 139-145.
- Lámbarri R., A., Flores P., F., Berenzon G., S. (2012). Curanderos, malestar y "daños": una interpretación social. *Salud Mental*, 35, 123-128.
- León R., J. M., Medina A., S., Barriga J., S., Ballesteros R., A. & Herrera S., I. S. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Editorial UOC: España. ISBN: 84-9788-156-7
- INEGI. (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. Consultado el 05/04/2016 de http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez. A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M. & Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55 supl 2. S323-S331.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSalud*, 1, 1-12.
- Núñez R. A. C., Tobón, S., Arias H., D., Hidalgo R., C. A., Santoyo T., F., Hidalgo S., A. & Rasmussen C., B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra, Suiza.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2005). *Desarrollo Humano*. McGrawHill: México. ISBN: 970-10-4921-7
- Parales-Quenza, C., J. (2008). Anomia Social y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública*, 10, 658-666.
- Robles, G., R., Medina D., R., Páez A., F. & Becerra R., B. (2010). Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 33, 67-75.

- Rodríguez-Marín, J. & Neipp López, M. del C. (2008) Manual de psicología social de la salud. Editorial Síntesis: España. ISBN 978-84-975659-9-8
- Ruvalcaba R., N. A. & Alva C., M. I. (2013). Rescatando historias de buen trato en la infancia: entre las redes de apoyo social y las emociones positivas. En Ruvalcaba R., N. A., Oliveros C., L. E., Covarrubias de la T., M. T., Flores C., R. & Gutiérrez R. J. de J. (Coord.). *Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental, VOL. II* (pp. 25-38). México: Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. & Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65, 179 – 187.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T., De la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88, 791-804.
- Serrano M., M. (2014). "GRUP DE PENSADORS": Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123). 507-519. doi: 10.4321/S0211-57352014000300005
- Urzúa M., A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365
- Vega G., E., González P., J., Llibre R., J. de J. & Ojeda H., M. (2009). Trastornos mentales en los adultos mayores. En J. J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Verdugo, M. A. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y Calidad de Vida en Salud Mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25, 68-77.