



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Doctorado en Ciencias de la Salud

**Factores Protectores de la Salud Mental
Positiva en Adolescentes**

TESIS

Para Obtener el Grado de:
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. Lorena Toribio Pérez

Comité Tutorial:

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Tutora Académica

Dr. Hans Oudhof Van Barneveld

Tutor Interno

Dra. Marta Gil Lacruz

Tutora Externa



Toluca, Estado de México; octubre de 2017.



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Doctorado en Ciencias de la Salud

**Factores Protectores de la Salud Mental
Positiva en Adolescentes**

TESIS

Para Obtener el Grado de:
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. Lorena Toribio Pérez

Comité Tutorial:

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Tutora Académica

Dr. Hans Oudhof Van Barneveld

Tutor Interno

Dra. Marta Gil Lacruz

Tutora Externa

Universidad de Zaragoza, España



Toluca, Estado de México; octubre de 2017.

VOTOS APROBATORIOS



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

Fecha: 21 de agosto de 2017.

DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS TESIS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la maestra: Lorena Toribio Pérez, egresada del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación 2014-2017, quien realizó el trabajo de tesis titulado: "Factores Protectores de la Salud Mental Positiva en Adolescentes", bajo la Tutoría Académica de la Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes
Tutor Académico

Dr. Johannes Oudhof van Barneveld
Tutor Interno

Dra. Marta Gil Lacruz
Tutor Externo

Paseo Tollocan s/n esq. Jesús Carranza
col. Moderna de la Cruz, C.P. 50180
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
feyo@uaemex.mx



AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por su financiamiento para la realización de éste proyecto de investigación.

Así mismo se agradece a la Universidad Autónoma del Estado de México, ya que este estudio forma parte del proyecto titulado “Salud Mental Positiva, estudios de validación” financiado por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) con clave 3541/2013CHT.

También se reconoce a las Instituciones y autoridades educativas que participaron en este proyecto, dando su autorización para la aplicación de los instrumentos psicológicos.

A la Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, le agradezco profundamente por aceptar ser parte de éste proyecto, por dirigir con gran profesionalismo y dedicación la realización de la investigación, así como por motivarme y apoyarme para realizar una estancia de investigación en el extranjero. Gracias por compartir su amor por la investigación, y por permitirme aprender y enriquecer mi experiencia profesional. Me ha sido muy grato trabajar con usted, ya que también he obtenido grandes aprendizajes profesionales y personales.

Al Dr. Hans Oudhof Van Barneveld, le agradezco sinceramente su colaboración, disposición y gran profesionalismo, que siempre mostró durante la realización de la investigación, ya que brindó siempre revisiones, comentarios y sugerencias, que enriquecieron de manera significativa el proyecto.

A la Dra. Marta Gil Lacruz, de la Universidad de Zaragoza, España, agradecerle por aceptar ser parte de ésta investigación, así como por su apoyo y colaboración durante la realización del estudio, ya que sus comentarios, sugerencias y propuestas, complementaron de forma acertada y significativa la investigación. Además darle las gracias por compartir sus conocimientos y experiencia profesional, y por apoyarme y orientarme, durante la realización de la Estancia de Investigación en su Universidad a la cual pertenece.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
1. Antecedentes.....	10
1.1. Psicología positiva.....	10
1.2. Salud mental positiva.....	14
1.3. Variables asociadas con la salud mental positiva.....	20
1.3.1. Factores protectores de la salud mental positiva.....	20
1.3.1.1. Felicidad.....	20
1.3.1.2. Autoestima.....	27
1.3.1.3. Optimismo.....	30
1.3.1.4. Percepción de la salud.....	33
1.3.2. Depresión.....	35
1.4. Propuesta del modelo de salud mental positiva.....	39
2. Planteamiento del problema.....	40
2.1. Preguntas de investigación.....	40
3. Justificación.....	41
4. Hipótesis.....	43
5. Objetivos.....	43
6. Diseño metodológico.....	44
6.1. Diseño del estudio.....	44
6.2. Universo y Muestra.....	45
6.3. Procedimientos.....	45
6.4. Criterios de inclusión.....	46
6.5. Criterios de exclusión.....	46
6.6. Instrumentos.....	47
6.6.1. Definición conceptual y operacional de las variables.....	47
6.6.2. Instrumentos aplicados.....	48
6.7. Recolección de datos.....	52
6.8. Análisis de datos.....	53
6.9. Aspecto ético.....	54

7. Resultados.....	56
7.1. Capítulo de libro aceptado para publicación	56
7.1.1. Título del capítulo de libro aceptado: Percepción de la salud y factores psicológicos asociados.	56
7.1.2. Página frontal del manuscrito.....	56
7.1.3. Carta de aceptación	57
7.1.4. <i>Resumen:</i>	58
7.1.5. Apartados del artículo	59
7.2. Capítulo de Libro aceptado para publicación	72
7.2.1. Título del capítulo de libro: Factores protectores de la felicidad en adolescentes.....	72
7.2.2. Página frontal del manuscrito.....	72
7.2.3. Carta de aceptación del capítulo de libro	73
7.2.4. Resumen	74
7.2.5. Apartados del artículo	75
7.3. Artículo Enviado.	87
7.3.1. Título del artículo enviado: Evidencias de validez de la escala de salud mental positiva en adolescentes mexicanos.....	87
7.3.2. Página frontal del manuscrito.....	87
7.3.3. Carta de recepción del artículo enviado.	88
7.3.4. Resumen	89
7.3.5. Apartados del artículo	89
7.4. Artículo enviado.	105
7.4.1. Título del artículo enviado: Salud Mental Positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo.....	105
7.4.2. Página frontal del manuscrito.....	105
7.4.3. Carta de recepción del artículo.....	106
7.4.4. Resumen.....	107
7.4.5. Apartados del artículo	107
7.5. Artículo.....	122
7.5.1 Título del artículo: Percepción de la salud y salud mental positiva en adolescentes mexicanos: un modelo de ecuaciones estructurales.	122

8. Resultados adicionales.....	140
8.1. Datos descriptivos de las variables, felicidad, autoestima, optimismo y depresión.....	140
8.2. Diferencias de felicidad, autoestima, optimismo y depresión, según la variable sexo.	142
8.3. Correlación entre las variables, salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión.....	143
8.4. Datos de Depresión en la muestra de adolescentes	144
8.4.1. Grupo con y sin sintomatología depresiva.....	144
8.4.2 Salud Mental Positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en los grupos con y sin sintomatología depresiva.	144
8.5. Factores protectores de la salud mental positiva en adolescentes.....	147
8.5.1 Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de las escalas de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y depresión.	148
8.5.2. Modelo explicativo de la salud mental positiva.....	152
9. Discusión general	155
10. Sugerencias.....	167
11. Conclusiones generales.....	170
12. Bibliohemerografía utilizada	172
13. Anexos.....	190
Anexo A. Instrumentos utilizados	190
Anexo B. Cartas de asentimiento y consentimiento informado	200
Anexo C. Datos sociodemográficos de la muestra.....	202
Anexo D. Matriz de correlaciones entre las variables: SMP, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión	203
Anexo E. Análisis factorial confirmatorio para las escalas, salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y depresión.	205

ÍNDICE DE TABLAS

Índice general de tablas

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de las variables.....	47
Tabla 2. Media, Desviación Estándar, asimetría, curtosis y Alfa de Cronbach de felicidad, autoestima, optimismo y depresión.....	142
Tabla 3. Prueba t de Student de felicidad, autoestima, optimismo y depresión, según la variable sexo.....	143
Tabla 4. Depresión por rango en la muestra total.....	144
Tabla 5. Grupo con sintomatología depresiva por rango.....	145
Tabla 6. Prueba t de Student para salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, en los grupos con y sin sintomatología depresiva.....	146
Tabla 7. Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de salud mental positiva.....	149
Tabla 8. Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de felicidad.....	150
Tabla 9. Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de autoestima.....	151
Tabla 10. Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de optimismo.....	152
Tabla 11. Índices de bondad de ajuste del modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de depresión	152
Tabla 12. Índices de bondad de ajuste del modelo estructural para la explicación de la salud mental positiva.....	154

Índice de tablas. Capítulo de libro: Percepción de la salud y factores psicológicos asociados.

Tabla 1. Media y desviación estándar de las dimensiones de Percepción de la salud y Salud mental positiva.....	65
Tabla 2. t de Student de diferencias de percepción de la salud según sexo.....	65
Tabla 3. Correlación de <i>Spearman</i> entre las dimensiones de Percepción de la Salud y Salud Mental Positiva.....	66

Índice de tablas. Capítulo de libro: Factores protectores de la felicidad en adolescentes

Tabla 1. Nivel de felicidad, autoestima y optimismo.....	79
Tabla 2. Correlación de Pearson entre las dimensiones de felicidad, autoestima y optimismo.....	80
Tabla 3. Análisis de regresión múltiple para felicidad, con los totales de autoestima y optimismo.....	81
Tabla 4. Análisis de regresión múltiple por pasos para felicidad, con dimensiones de autoestima.....	82
Tabla 5. Análisis de regresión múltiple por pasos para felicidad, con dimensiones de optimismo.....	82

Índice de tablas. Artículo: Evidencias de validez de la escala de salud mental positiva en adolescentes.

Tabla 1. Peso factorial de los ítems por Factor, Comunalidad y Alfa de Cronbach.....	96
Tabla 2. Valores de los factores de la escala de Salud Mental Positiva.....	97
Tabla 3. Correlación de los factores de salud mental positiva.....	98
Tabla 4. Correlación entre las variables, salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y depresión.....	98

Índice de tablas. Artículo: Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra total.....	113
Tabla 2. Datos sociodemográficos por sexo.....	113
Tabla 3. Nivel de Salud Mental Positiva por rango.....	114
Tabla 4. Media y desviación estándar por dimensión.....	114
Tabla 5. t de Student para salud mental positiva según sexo.....	115

Índice de tablas. Artículo: Percepción de la salud y salud mental positiva en adolescentes mexicanos: un modelo de ecuaciones estructurales

Tabla 1. Media y desviación estándar de las dimensiones de percepción de la salud y salud mental positiva.....	129
Tabla 2. Correlación de Spearman entre las dimensiones de la Percepción de la Salud y SMP.....	130
Tabla 3. Comparación de índices de ajuste del modelo para la explicación de percepción de la salud.....	131

INTRODUCCIÓN

Actualmente, se cuenta con investigaciones en psicología, que muestran cada vez mayor interés por el estudio de las emociones positivas, desde el enfoque de la psicología positiva, la cual tiene como objetivo el estudio del funcionamiento óptimo del ser humano. Bajo ésta perspectiva no se niegan los problemas y las adversidades, sin embargo los principales autores que abordan el estudio de la psicología positiva coinciden en que es necesario prestar tanta atención a la fortaleza como a la debilidad, mencionan que la excelencia y la bondad humana son tan importantes de investigar como la enfermedad, el trastorno y el sufrimiento (Gable & Haid, 2005; González 2004; Park & Peterson, 2006; Sheldon, Fredrickson, Rathunde & Csikzentmihalyi, 2000).

Con el objetivo de indagar acerca del bienestar de los individuos, se han realizado investigaciones centradas en desarrollo de teorías y de instrumentos para obtener medidas de diversas variables positivas (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Fordyce, 1983; Fredrickson, 1998; Keyes & Waterman, 2003; Peterson, 1991; Ryff, 1989; Ryan & Deci, 2000; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yahoda, 1958). De igual forma, se han reportado las implicaciones que tienen las terapias centradas en la promoción de emociones positivas y fortalezas de carácter (Park, Peterson y Sun, 2013; Peterson, 2006; Tarragona, 2013).

Algunos de los temas centrales de la psicología positiva son: la satisfacción con la vida (Diener & Biswas, 2008), el optimismo (Park, & Peterson, 2008; Peterson, 1991), las fortalezas del carácter (Seligman, 2012), la felicidad (Alarcón, 2006; Fordyce, 1983; Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2012; Veenhoven, 2009) y la salud mental positiva (Keyes & Waterman, 2003; Luch, 1999; Ryff, 1989; Yahoda, 1958).

Aunado a lo anterior, recientes investigaciones han encontrado que algunas de las variables que contribuyen en la salud mental son precisamente la felicidad (Ahmadi, Yazdkhasti, Safari, & Nasr, 2014), el optimismo (Carver & Scheier, 2014; Conversano et al., 2010; Michelle, Hosman, Schaalma & Vries, 2014; Moreno & Marrero, 2015) y la autoestima (Garaigordobil, 2015;

Núñez, González & Realpozo, 2015), de igual forma se ha encontrado que la percepción que tienen las personas de su propia salud (percepción de la salud, SF-36) también se encuentra estrechamente asociado al estado de salud mental (Amar et al., 2008; Mercado, Madariaga & Martínez, 2012).

Por lo anterior, la presente investigación tiene la finalidad de explicar en qué medida los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud) inciden sobre la salud mental positiva en adolescentes con y sin sintomatología depresiva. Para lo cual, se hace una exposición de la delimitación conceptual y operacional de éstas variables, desde el marco de la psicología positiva, así como de resultados de investigaciones anteriores, acerca de su asociación.

Los hallazgos del presente trabajo, pueden ser la base para futuras investigaciones, en la parte teórica, así como en la empírica, ya que actualmente no se cuenta con evidencias acerca de modelos explicativos de la salud mental positiva, en muestras mexicanas, con éstas variables de forma simultánea, como en el caso de la presente investigación.

1. ANTECEDENTES

1.1. PSICOLOGÍA POSITIVA

Para iniciar es necesario mencionar el significado de la psicología positiva, la que se define como el estudio científico del funcionamiento óptimo del ser humano y tiene como propósito identificar y promover los factores que permiten a los individuos y a las comunidades vivir plenamente. Este enfoque surge de la necesidad de centrar la atención a las fuentes de salud psicológica, más allá de hacer énfasis en los trastornos mentales. Estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida, las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos (Gable & Haidt, 2005; Park & Peterson, 2008; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2006), las fortalezas y virtudes (Csikszentmihalyi, 2008; Seligman 2012).

La psicología positiva tiene antecedentes en muchos autores como Aristóteles, quien hacía referencia a la plenitud del ser humano relacionada con un estado de felicidad, así como James (1984), que propuso la teoría de la emoción; Maslow (1979), quien proponía que uno de los estados a los que se puede aspirar es lo que él denomina la autorrealización; Rogers (1961) desde la psicología humanista realizó un enfoque centrado en la expresión de las experiencias personales, como estrategia para rescatar o mantener una satisfacción con la vida. Erikson (1984) planteó la teoría del desarrollo de la personalidad; Yung (1958), con la psicología analítica, Allport (1940) propuso la teoría de la madurez psicológica y Jahoda (1958) elaboró un modelo de la salud mental positiva, haciendo énfasis en el análisis de las características positivas de la salud (Alarcón, 2006).

Park et al., (2013) proponen que en el campo de estudio de la psicología positiva se deben de tomar en cuenta cuatro áreas positivas para describir y entender en qué consiste la buena vida: experiencias subjetivas (como por ejemplo la felicidad, la plenitud y el *fluir*), los rasgos individuales (fortalezas del carácter, los talentos, intereses y valores), las relaciones interpersonales (la amistad, el matrimonio y el compañerismo) y las instituciones (familias, escuelas, negocios y comunidades). Además, incluye aproximaciones terapéuticas que enfatizan lo positivo, currículas educacionales que promuevan la motivación intrínseca y la creatividad, la promoción de la vida familiar y buscar formas alternativas para que las personas puedan tener sus relaciones personales gratificantes, mejorar la satisfacción laboral y mejorar las organizaciones para que contribuyan al bienestar individual y su crecimiento. Si bien no se puede hablar de causalidad, ciertas condiciones como cuando las instituciones, las relaciones, los rasgos y las experiencias convergen, posibilitan el buen funcionamiento en la vida en las cuatro áreas.

El interés de los autores se centra en como contribuyen los recursos positivos para superar de manera eficiente las situaciones difíciles de la vida, superar las crisis o lograr algo importante, por ejemplo, la actitud optimista, las fortalezas del carácter, mantener una percepción positiva de la vida, realizando acciones constructivas, así mismo, se plantea que la vida implica algo más que evitar o resolver problemas (Gable & Haid, 2005; González, 2004; Peterson, Park, Pole,

D'Andrea & Seligman, 2008; Sheldon et al., 2000). En este sentido, identificar y utilizar las propias fortalezas, puede ser una manera eficaz de abordar y resolver problemas psicológicos.

En las últimas décadas, se ha desarrollado un avance importante acerca de temas que interesan dentro de la psicología positiva, en primer lugar el desarrollo de modelos y teorías respecto a lo que concierne al bienestar de los individuos, satisfacción con la vida y cómo construir una vida feliz, saludable y productiva, en segundo lugar el desarrollo de instrumentos para la medición de las variables positivas, que involucra la investigación de la asociación entre variables, que ha sido ampliamente documentada (Csikszentmihalyi & Selega, 1998; Diener, 1984; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1984; Diener et al., 1999; Fordyce, 1983; Fredrickson, 1998; Keyes & Waterman, 2003; Peterson, 1991; Ryan & Deci, 2000; Ryff, 1989; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yahoda, 1958) y en tercer lugar las implicaciones terapéuticas (Park et al., 2013; Peterson, 2006; Tarragona, 2013).

Aunado a lo anterior, dentro de los temas en los que ha tenido mayor interés la psicología positiva se encuentran, la satisfacción con la vida y bienestar subjetivo (Diener & Biswas, 2008), emociones positivas (Fredrickson, 1998; Frederickson, 2009), fluidez, experiencias óptimas, creatividad, desarrollo de talentos y bienestar en el trabajo (Csikszentmihalyi, 2012), virtudes, relaciones interpersonales positivas y optimismo (Park & Peterson, 2008; Peterson, 1991), así como los rasgos positivos, las fortalezas del carácter (Seligman, 2012), la gratitud, el significado y el propósito, el compromiso, las buenas relaciones (Park et al., 2013), la resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2016), la felicidad (Alarcón, 2006; Fordyce, 1983; Lyubomirsky, 2008; Veenhoven, 2009) y la salud mental positiva (Keyes & Waterman, 2003; Lluich, 1999; Ryff, 1989; Yahoda, 1958).

Los resultados de las investigaciones muestran que estas variables positivas tienen ciertos beneficios en los diferentes ámbitos de la vida y a nivel físico y psicológico. Las emociones como la felicidad y la satisfacción general con la vida contribuyen a obtener éxitos académicos y profesionales, estabilidad en el matrimonio, relaciones interpersonales sanas, salud mental y física, mayor longevidad y resiliencia (Park et al., 2013). Así mismo, ayudan a las personas a recuperarse de las adversidades, puesto que al vivir éste tipo de emociones tienen la capacidad

de ampliar las opciones para encontrar la mejor solución. Quienes experimentan emociones positivas, se recuperan más rápidamente de los efectos traumáticos de eventos negativos. De igual forma, Fredrickson (2009) menciona que las personas que experimentan emociones positivas mejoran varias funciones cognitivas como la memoria inmediata y el vocabulario.

También se ha reportado que las relaciones buenas con otras personas es uno de los factores que contribuye de manera significativa a lo que refieren como buena vida psicológica. Este hecho se debe a que las buenas relaciones proporcionan apoyo emocional en momentos de estrés y proporcionan un sentido de conexión y la oportunidad de celebrar las cosas buenas de la vida (Park et al., 2013). Al respecto Csikszentmihalyi y Patton (1996) han encontrado que la gente de todas las edades y en diferentes culturas tiende a entristecerse cuando está sola y está más alegre cuando está con otras personas. En este mismo tenor se ha reportado que los aspectos que muestran correlaciones más fuertes con la felicidad son sociales, como la extraversión, el apoyo social, el número de amigos, las actividades de ocio, el matrimonio y el empleo (pero no los ingresos) (Peterson, 2006).

En este mismo sentido, Csikszentmihalyi (2008) considera que lo que el denomina “*flow*”, contribuye de manera significativa para que las personas sean felices, lo que significa concentrarse en una actividad, tener la atención totalmente enfocada de tal forma que incluso se distorsiona la percepción del tiempo, que parece pasar muy rápido. Si la persona se involucra en algo que le gusta, es necesario que exista una alta capacidad para hacerlo, pero además que sea un reto relativamente alto, de lo contrario, si el reto es bajo en comparación con la alta habilidad, es probable que surja el aburrimiento, sin embargo, si es muy difícil surgirá la frustración y ansiedad. Posterior a estados *flow*, las personas se encuentran de buen humor y satisfechos.

Otro aspecto importante que se estudia desde la psicología positiva, son los beneficios de la amabilidad y generosidad. El trabajo voluntario, la acción de ayudar y de dar, están asociados a una elevada satisfacción con la vida y una buena salud. El acto de dar parece ser más beneficioso para el donante que para el receptor. Llevar a cabo actos sencillos de amabilidad y posteriormente realizar una reflexión (como llevar un diario), podría tener eficacia terapéutica.

Por ejemplo, en un estudio con estudiantes universitarios japoneses, sólo con pedirles que relataran los actos de amabilidad que realizaban durante el día aumentó su nivel de felicidad y los comportamientos amables que llevaban a cabo (Park et al., 2013).

Además de la investigación en psicología positiva, también se ha tenido interés en sus aplicaciones en el ámbito clínico donde las intervenciones terapéuticas son dirigidas a mejorar la vida de las personas. Los objetivos terapéuticos además de aliviar los problemas, también ayudan a las personas con o sin problemas a llevar una vida plena. Por eso, se recomienda que durante el tratamiento se identifiquen los recursos del paciente y fomentar su uso. De igual forma, se ha demostrado que una variedad de intervenciones breves a corto plazo, pueden aumentar el bienestar y reducir problemas como la depresión. Las intervenciones bajo el enfoque de la psicología positiva, tienen el objetivo no solo de reducir el sufrimiento ante la adversidad, si no también fomentar los recursos que disminuyan los efectos negativos de ésta (Park et al., 2013; Tarragona, 2013).

Al respecto han surgido algunas técnicas de intervención, por ejemplo, lo que se denomina como *saboreo*, que consiste en tomar conciencia de lo que se hace, maximizar el impacto emocional de las cosas buenas que suceden en la vida. De igual forma José, Lim, y Bryant (2012) mencionan que esta técnica incluye estrategias sencillas como compartir los acontecimientos positivos y felicitar a uno mismo, a la par estos autores coinciden en que sentirse agradecido por las cosas buenas que suceden es otra técnica que aumenta la satisfacción con la vida y el optimismo. Darse cuenta de las razones por las que las cosas buenas han ocurrido, así mismo, se recomienda el enfoque basado en identificar las fortalezas de carácter y aprender a usarlas (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

1.2. SALUD MENTAL POSITIVA

Uno de los temas de mayor relevancia en la investigación de la psicología positiva, es la salud mental positiva (Lluch, 1999). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de dolencias o enfermedad. Se define como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de

interactuar el uno con el otro, de tal forma que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental. Por lo anterior, se considera que la salud no solo es la carencia de enfermedad, sino una vinculación con una vida armónica, entre el bienestar físico y psicológico (Martínez, Terrones, Vázquez & Hernández, 2009).

La definición de salud mental va a depender de cada cultura o sociedad, así mismo de las aportaciones de las diferentes disciplinas, como lo son la psiquiatría, psicología, enfermería, sociología, antropología y economía. Sin embargo, numerosas investigaciones proponen que el estudio de la salud mental debe desarrollarse desde un enfoque positivo (Diener & Biswas, 2008; Fordyce, 1983; Jahoda, 1958; Keyes & Waterman, 2003; Lluch, 1999; Ryan & Deci, 2000; Ryff, 1989; Seligman, 2012; Vaillant, 2012), es decir, que si bien no se descarta el estudio de las enfermedades mentales, el análisis de la salud mental va enfocado al desarrollo de la salud en sí misma, a investigar acerca del nivel de salud mental que tienen los individuos, de los recursos que le permiten encontrar mayor bienestar, en lugar de hablar del grado de enfermedad mental, es necesario describir la salud mental positiva de los individuos.

El interés por concretar los componentes de la salud mental positiva, ha llevado a diferentes autores a realizar investigaciones y propuestas de modelos al respecto: entre ellos Erickson (1950) ya consideraba algunos aspectos que forman parte de la salud mental positiva, tal como la madurez, puesto que visualizaba cada una de las etapas del desarrollo humano como un criterio de salud mental.

Posteriormente, Jahoda (1958) concibe la salud mental desde una perspectiva individual, en este sentido considera que, a pesar de que el ambiente y la cultura inciden en la salud y en la enfermedad, resulta incorrecto hablar de sociedades enfermas o de comunidades enfermas, estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica individual, pero acepta plenamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano. Considera que la salud mental positiva es una característica estable de la personalidad y no una

condición momentánea por situaciones puntuales, no se caracteriza por la ausencia de experiencias que generan afectos negativos, sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afectos positivos, ya que los problemas y las fortalezas pueden coexistir. La autora propuso seis criterios generales de la salud mental positiva: 1) Actitudes hacía sí mismo, 2) El crecimiento y autoactualización, 3) Integración, 4) Autonomía, 5) Percepción de la realidad y 6) Dominio del entorno. Cabe mencionar que Vaillant (2012) sugiere que la salud mental positiva, es definida como resistencia a la adversidad, el hacer por los demás lo que haría por sí mismo (altruismo), el mantener presente el dolor futuro (previsión), la capacidad de no tomarse seriamente a sí mismo (humor), son la esencia de lo que está hecha la salud mental positiva.

Las personas con salud mental positiva encuentran un equilibrio entre lo que ellas esperan de la vida y lo que la vida les ofrece, generándoles un sentimiento de felicidad, manteniendo la interacción de factores psicosociales que le facilitan al individuo alcanzar un alto nivel de bienestar; como son la satisfacción personal, la actividad prosocial, el autocontrol percibido, autonomía, capacidad para resolver problemas y habilidades de relaciones interpersonales (Amar et al., 2008; Lluch, 1999; Jahoda, 1958),

Derivado de la teoría de Jahoda (1958) y con el interés de prestarle interés a la salud mental desde un enfoque positivo, surgen nuevas propuestas, entre ellas, Ryff (1989) planteó seis dimensiones básicas que delimitarían el espacio de la salud mental y el funcionamiento humano óptimo; autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, con lo que se obtendría el bienestar psicológico.

Siguiendo la misma línea, Keyes (2005) propone el Modelo del Estado Completo de Salud, compuesto por 13 síntomas (medidas) de salud mental, divididos en dos factores, bienestar hedónico (Bienestar subjetivo) y bienestar eudaimónico (bienestar psicológico, funcionamiento positivo). La presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo. Desde éste enfoque se distinguen tres diferentes ámbitos para operativizar la salud mental positiva; bienestar emocional subjetivo, psicológico y social. La salud mental positiva se caracteriza por un funcionamiento positivo, un alto nivel de satisfacción y afecto positivo. Es

el conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo operativizado por medidas de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento) (Keyes & Waterman, 2003).

Dentro de los modelos más recientes, Ryan y Deci (2000) explican la teoría de la autodeterminación, exponen que el ser humano cuenta con recursos internos que le permiten el desarrollo de la personalidad y la autorregulación de la conducta, identificaron tres necesidades básicas que parecen ser esenciales para facilitar el funcionamiento óptimo, 1) desarrollo social y bienestar personal, 2) la necesidad de ser competente, de relacionarse y 3) la autonomía. Además hacen referencia a dos factores primordiales; la motivación intrínseca y la autorregulación. Respecto a la motivación sugieren que cuando es auténtica y no controlada para una acción, hay interés y confianza, lo cual a su vez se manifiesta en un incremento del desempeño, persistencia y creatividad, una elevación de la vitalidad, la autoestima y el bienestar general. La motivación intrínseca es una tendencia a buscar la novedad y el desafío, a extender y ejercitar las propias capacidades, a explorar y a aprender. Las personas necesitan experimentar sus conductas más que como competentes, autodeterminadas por la motivación intrínseca. Refieren que una de las premisas básicas del humanismo es el bienestar y el funcionamiento psicológico óptimo y no tanto de la frecuencia de experiencias placenteras, lo que implica una adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y un sistema de metas congruentes y coherentes.

En este sentido, Seligman (2012) afirmó que la psicología positiva utiliza la experimentación basada en evidencia científica para estudiar la salud mental positiva e incorporar avances empíricos sobre múltiples fortalezas humanas, como por ejemplo la sabiduría y el conocimiento, los valores, la humanidad, el amor, la templanza y la trascendencia. En este sentido, Peterson y Seligman (2004) identificaron cuatro componentes de la salud mental positiva: 1) talentos, 2) facilitadores, 3) fortalezas y 4) resultados, al respecto sugieren que los talentos son innatos, genéticos y no se ven muy afectados por la intervención y que las fortalezas representan rasgos del carácter que reflejan facetas de la salud mental que son susceptibles de cambio.

Por su parte, Lluch (1999) afirma que la salud mental contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, además del aspecto ético que conforma una personalidad estable e integradora de cualidades humanas que facilitan el máximo desarrollo potencial de la persona. Por lo que basándose en la teoría de Jahoda (1958) construyó un instrumento para medir la salud mental positiva, el cual está integrado por seis dimensiones: 1) Satisfacción personal que implica sentir satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro, 2) Actitud prosocial, consiste en mantener una predisposición dinámica hacia la sociedad, una actitud altruista, de apoyo y aceptación hacia los demás, 3) Autocontrol, es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, así como la aptitud para mantener el equilibrio, el control emocional y la tolerancia a la ansiedad, 4) Autonomía, supone tener criterios propios e independencia, tener seguridad personal, mantener la confianza en uno mismo y la autorregulación de la propia conducta, 5) Resolución de problemas y autoactualización, se caracteriza por la capacidad de análisis y de adaptación al cambio, la habilidad para tomar decisiones, la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo y 6) Habilidades de relación interpersonal, habilidad para establecer relaciones interpersonales, ser empático, entender los sentimientos de los demás y dar apoyo emocional.

De hecho, se han realizado diversas investigaciones aplicando la escala de Lluch (1999), con finalidades de evaluación de sus propiedades psicométricas (Sequeira et al., 2014). Al respecto en México, González-Arratia y Valdez (2016) realizaron la validación de la escala en niños, donde obtuvieron una varianza 30.53% y Martínez et al., (2014) en una muestra de adultos, reportaron una fiabilidad de .862 y una varianza explicada de 43.4%.

Así mismo, se cuenta con evidencias acerca de índices de salud mental positiva en distintos grupos de población, en niños (Amar et al., 2008), adolescentes (Mercado et al., 2012) y adultos (Anicama et al., 2012; Barradas, Sánchez, Guzmán & Balderrama, 2012; Castillo-Laguna & Amador-Velázquez, 2014; González, Astudillo & Hurtado, 2012; Martínez et al., 2014; Medina, Irida, Martínez & Cardona, 2012; Orellana et al., 2012; Sequeira et al., 2014).

De la misma forma, las evidencias confirman que la salud mental positiva guarda relación significativa con variables como la edad (Castillo-Laguna & Amador-Velázquez, 2014), el sexo

(Anicama et al., 2012; González, Gómez, Caicedo, Piernagorda & Medina-Pérez, 2013; Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldan-Merino & Ferre-Grau, 2013) el sentido de coherencia (Mantas et al., 2015) y resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2016; Perugache, Guerrero, Guerrero & Ortega, 2016).

En cuanto a las investigaciones de salud mental positiva en la adolescencia, algunas investigaciones en adolescentes colombianos encontraron indicadores significativos de salud mental positiva, donde destaca la alta satisfacción personal y se presentan mayores dificultades en el autocontrol emocional (Amar et al., 2008; González et al., 2013; Medina et al., 2012). En México, Castillo-Laguna y Amador-Velázquez (2014), reportaron datos básicamente descriptivos de salud mental positiva en población adulta, donde se obtiene mayor puntuación en la dimensión resolución de problemas y por su parte González-Arratia y Valdez (2016), encontraron que en niños la dimensión satisfacción personal fue la que obtuvo valores más altos, y la dimensión autocontrol con la puntuación más baja.

Respecto a las diferencias por sexo, los resultados son controversiales, ya que algunas investigaciones reportan que no existen diferencias entre hombres y mujeres en las características que conforman la salud mental positiva (Anicama et al., 2012; Fleming, 2005; Forsythe, 2010; Lai, Siu & Shek, 2015; Valentina & Gulati, 2014). Sin embargo también se tienen evidencias de que en algunas dimensiones puntúan más alto en las mujeres (como por ejemplo la actitud prosocial y la habilidad de establecer relaciones interpersonales con los demás) (Garaigordobil, 2009; Lluch-Canut et al., 2013; Mantas et al., 2016) y otras en los hombres (como el autocontrol de emociones, la autonomía y la capacidad de resolver problemas) (González et al., 2013; Medina et al., 2012; Samper, Mestre & Malonda, 2015; Serrano & García, 2010; Vargas & Wagner, 2013).

Por lo anterior, vale la pena realizar investigaciones enfocadas a ahondar más sobre éstas variables, así como indagar el efecto protector de las variables de personalidad sobre la salud mental positiva como a continuación de analizan.

1.3. VARIABLES ASOCIADAS CON LA SALUD MENTAL POSITIVA

1.3.1. FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL POSITIVA

Los reportes de investigación indican que en la medida en que una persona experimente con mayor frecuencia emociones positivas, tenga pensamientos positivos y un estado de salud mental positiva, tienen mayor concentración, atención y enfocan sus capacidades y fortalezas en acciones que los hacen sentir bien consigo mismos y con la sociedad, así como ser felices (Csikszentmihalyi & Patton, 1996; Csikszentmihalyi & Selega, 1998; González, 2004; Park & Peterson, 2008; Seligman, 2012). Aunado a lo anterior, de acuerdo con varios autores, la felicidad, autoestima y optimismo son variables fundamentales relacionadas con la salud mental positiva. Es por ello que es fundamental la investigación y promoción de los factores asociados a la salud mental positiva de las personas y que se exponen por separado a fin de facilitar su estudio.

1.3.1.1. FELICIDAD

Una de las variables que interesa estudiar es la felicidad, debido a que la investigación de ésta es uno de los objetivos principales de la psicología positiva (Alarcón, 2006). La conceptualización de la felicidad es compleja, ya que se ha considerado un término subjetivo e incluso propio de la filosofía. Su definición etimológica (*felicitas-atris*) significa satisfacción o posesión de un bien. Desde la teoría del *hedonismo* se tenía la idea de que el propósito de la vida era experimentar la máxima cantidad de placer, por otro lado filósofos como Aristóteles y Epicuro describían a la felicidad como la plenitud del ser (*eudaimonia*), como la más elevada de las facultades del hombre: actividad contemplativa, vivir de acuerdo con el propio ser, expresión de la virtud que consiste en hacer aquello que vale la pena hacer (Alarcón, 2006; 101).

Numerosas investigaciones dan sustento científico al estudio de la felicidad, en cuanto a diversos aspectos entre los que se encuentran: 1) delimitación objetiva del concepto de felicidad, lo que ha permitido tener mayor claridad conceptual, 2) se han construido y validado escalas con propiedades psicométricas adecuadas para su medición, 3) evidencias empíricas acerca de

los niveles de felicidad en distintos grupos de población, 4) los factores asociados a ella, 5) además, se ha comprobado que a través de programas de intervención psicológica es posible mantener o incrementar los niveles de felicidad, y a disminuir síntomas depresivos, así mismo se ha considerado un elemento importante a la hora de desarrollar políticas públicas ya que a nivel colectivo se puede aumentar la felicidad con un adecuado nivel de vida (Veenhoven, 2009).

En cuanto a su delimitación conceptual, Diener (1984) define la felicidad como una evaluación que hacen las personas, dentro de la cual se toman en cuenta aspectos emocionales (afectos positivos y la ausencia de afectos negativos) y cognitivos (evaluación global subjetiva que se hace de la vida el propio individuo). Así mismo, afirma que la felicidad contiene la virtud (lo que es bueno y deseable), la satisfacción con la vida (evaluación que se hace de la propia vida) y afectos positivos (que describen las experiencias emocionales placenteras).

En el mismo sentido, Fordyce (1983) propuso un modelo de los rasgos de la felicidad, en el que postula, catorce rasgos fundamentales de la felicidad como por ejemplo: ser más activo y permanecer ocupado, dedicar más tiempo a la vida social, ser productivo en un trabajo destacado, organizarse mejor, dejar de agobiarse, adecuar correctamente las expectativas y las aspiraciones, así como desarrollar un pensamiento positivo y optimista, lo cual conlleva a mantener un buen estado de salud mental.

Continuando con la definición de felicidad, Veenhoven (2009) la define como satisfacción vital, diferenciándola de las satisfacciones instantáneas, de las satisfacciones en un solo ámbito de la vida y de las experiencias cumbre (sentimientos breves e intensos). Sugiere que es el grado en el que una persona juzga favorablemente la calidad global de su propia vida como un todo. Una persona es feliz si considera su vida favorable más que desfavorable. El juicio que hace la persona de su felicidad es una actividad intelectual, ya que hacer un juicio global implica evaluar las experiencias pasadas y estimar las experiencias futuras. Utiliza la palabra “felicidad” para referirse a la satisfacción en la vida en su conjunto.

Lyubomirsky (2008), define la felicidad como un estado mental que las personas pueden llegar a controlar cognoscitivamente, una manera de percibir y de concebirse a sí mismos y al mundo, experiencia de alegría y satisfacción. De manera complementaria, Csikszentmihalyi (2008), afirma que la felicidad es el sentimiento de lo que él define como seguir la corriente, *flow*, el cual se produce en actividades que sólo están ahí para procurar esa experiencia óptima: rituales religiosos, artes, deportes y juegos, la cual requiere demasiada concentración para conducir simultáneamente a la felicidad.

A pesar de su difícil delimitación, para la presente investigación se toma en cuenta la definición de Alarcón (2006; 101), quien define la felicidad como el estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado. Se consideró pertinente tomar en cuenta su definición, puesto que muestra claridad conceptual y operacional, además de que presenta coherencia con las aportaciones teóricas de la definición de la felicidad de diversos autores. Así mismo, es afín con el instrumento elaborado por este autor, el cual ha sido validado para muestras de adolescentes mexicanos.

Específicamente, la conducta feliz presenta algunas propiedades:

1. La felicidad es un sentimiento de satisfacción que vivencia una persona y sólo ella en su vida interior; el componente subjetivo individualiza la felicidad entre las personas.
2. El hecho de ser un estado de la conducta, alude a la estabilidad temporal de la felicidad, puede ser duradera, pero a la vez predecible.
3. La felicidad supone la posesión de un bien, se es feliz en tanto se posee el bien deseado, es el objeto anhelado el que hace la felicidad de una persona.
4. El bien o bienes que generan la felicidad son de naturaleza variada (material, ética, estética, psicológica, religiosa, social). Se trata de cosas a las que las personas les asignan cualidades axiológicas o valencias positivas. Esto quiere decir, que una cosa deviene en bien deseado por el valor que le atribuye una persona, de lo cual se infiere que la cosa deseada no necesariamente posee un valor intrínseco y que un mismo bien no siempre genera la felicidad de todos los individuos.

5. No se descarta que en un tiempo histórico y en una sociocultura determinada, las aspiraciones colectivas pueden coincidir en desear algún bien o bienes.

A pesar de que se considera que la felicidad es un constructo complejo y difícil de medir, el interés de conocer qué es lo que hace feliz a la gente y que tan felices son las personas en distintas culturas, ha llevado a elaborar instrumentos que permiten obtener una medida de felicidad. Al respecto, Veenhoven (2009) afirma que como la mayoría de los fenómenos actitudinales, la felicidad se traduce solo en parte en comportamiento, y considerando que es una evaluación que hace la persona, con una conducta intelectual, es posible obtener información acerca de que tan feliz se consideran las personas. Sin embargo, la dificultad para su estudio, ha llevado incluso a diversos autores a utilizar otros términos para referirse a lo que significa la felicidad, por ejemplo, bienestar subjetivo, satisfacción con la vida y bienestar psicológico.

Por lo anterior, actualmente se cuenta con diversas escalas para medir la felicidad, por ejemplo la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1984). Otras escalas son: The Short Depression-Happiness Scale (SDHS) (Joseph, Linley, Harwood, Lewis & McCollam, 2004), Oxford Happiness Inventory (Lewis, Francis & Zieberts, 2002), the Steen Happiness Index (SHI) (Seligman et al., 2005), Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999) y Escala Factorial de Felicidad (Alarcón, 2006).

Por otro lado, el interés por investigar y promover los recursos asociados a la felicidad, ha dado pauta a que se lleven a cabo estudios en distintas culturas, para conocer los factores que hacen que las personas sean felices, y que pasa cuando se es más feliz, cómo son las actitudes y conductas de las personas, que beneficios tiene vivir emociones positivas y evaluar la vida de forma general como feliz. Los resultados han permitido ampliar las evidencias al respecto, y a pesar de que se han generado debates al respecto, se cuenta con hallazgos significativos, que han permitido llegar a la conclusión de que son varios los factores que intervienen en felicidad, pueden ser en gran parte de carácter biológico, pero también se sugiere que es afectada en menor medida por características sociodemográficas y condiciones de vida en un 10% (raza, sexo, edad

o discapacidad, riqueza, belleza, buena salud, estado civil o lugar de residencia) (Seligman, 2012).

Las evidencias respecto a las diferencias de la felicidad entre hombre y mujeres, coinciden en que no existen diferencias significativas según el sexo (Alarcón, 2007; Diener et al., 1999; Moyano & Ramos, 2007; Salgado, 2009; Toribio, González-Arratia, Valdéz, González & Oudhof 2012a). También se ha reportado que en cuanto a la edad, las personas de 40 y 50 años son más felices que las jóvenes, así mismo se ha observado que el matrimonio con calidad y estabilidad brinda mayor felicidad que en las personas solteras (Alarcón, 2007). A pesar de esto, también se reporta que tanto el sexo como la edad, tienen poco efecto en el hecho de que las personas sean felices o no (Yiengprugsawan, Somboonsook, Seubsman & Sleight, 2012).

Continuando con lo anterior, Veenhoven (2009) afirma que si bien específicamente, los ingresos, la educación y el empleo mantienen cierta relación con la felicidad, juntas no explican más del 10% de su variación. En ésta misma línea, ha encontrado que las personas tienden a disfrutar sus vidas una vez que las condiciones son tolerables y que la felicidad es menor cuando se acumulan condiciones adversas, como la pobreza, la soledad y la enfermedad. Al respecto, en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015), reportó que para el año 2013, aproximadamente 40% de la población adulta se considera muy satisfecha con la vida. Otro aspecto es que dentro de las situaciones que los adultos mexicanos asocian a su satisfacción con la vida se encuentran: no presentar condiciones de pobreza y vulnerabilidad, participar en las redes sociales, tener un aumento de sueldo y confiar en las amistades. A pesar de estos datos significativos, vale la pena continuar con las investigaciones para confirmar las variables asociadas a la felicidad, ya que siguen siendo escasos los estudios en adolescentes.

En este mismo sentido, Diener y Biswas (2008) afirman que uno de los mejores predictores, no es cuántas posesiones materiales tiene una persona, sino que posea metas significativas. De hecho, no es la adquisición y posesión de cosas materiales lo que hace feliz a la gente, sino la implicación en actividades y las buenas relaciones. Aunque las personas que son tan pobres que no pueden satisfacer sus necesidades básicas están descontentas, por encima de la línea de la pobreza, el aumento de los ingresos tiene una importancia decreciente en la felicidad.

Por lo anterior, Veenhoven (2009) afirma que la calidad de vida es un factor que contribuye en la percepción que las personas tienen acerca de su felicidad global, sugiere que la felicidad se puede mejorar en dos niveles; individual y colectivo. A nivel individual se puede aumentar la felicidad mediante la información, formación y promoción en los ciudadanos y a nivel colectivo se puede aumentar la felicidad mejorando la habitabilidad en el conjunto de la sociedad.

También se ha hecho hincapié en la diferencia entre la frecuencia y la intensidad de la felicidad, Diener, Sandvik y Pavot (1991), afirman que la experiencia frecuente de felicidad es más relevante que la intensidad. Al respecto, Veenhoven (2009) hace referencia a la diferencia que existe en vivir momentos placenteros y ser feliz, menciona que la felicidad es un juicio global de los aspectos de la vida. Las satisfacciones instantáneas como disfrutar de una obra de arte o sentir satisfacción de haber logrado alguna tarea, contribuyen pero no conforman el todo de la felicidad. De la misma forma menciona que no se puede ser feliz de forma global por sentirse satisfecho en un solo ámbito de la vida (por ejemplo el matrimonio) y sentirse mal con la vida en general. La felicidad depende más bien de la combinación de satisfacción duradera de la vida como un todo, un equilibrio a lo largo del tiempo entre el placer y el sufrimiento. Ya que una persona puede reportar felicidad global y sentir tristeza en cierto aspecto de la vida. Pues como mencionan los teóricos de la psicología positiva, no se pueden evitar las situaciones adversas, pero se presupone que las personas que son felices tienen mayores fortalezas y amplitud para la resolución de problemas (Park et al., 2013).

De igual forma, se ha encontrado que resultan primordiales para la felicidad las actividades voluntarias que se realizan, ya que pueden contribuir en un 40% (son las cosas que las personas eligen hacer como la meditación, el ejercicio y aprender nuevas habilidades) (Seligman, 2012). Aunado a lo anterior Lyubomirsky, Sheldon y Schkade (2005) sugieren que gran parte de la felicidad puede estar bajo el control de las personas a través de las actividades, ellos eligen cómo interpretan y responden a las situaciones en sus vidas. De igual modo, los autores coinciden en que las actitudes y rasgos de personalidad se encuentran estrechamente asociados con la felicidad (Csikszentmihalyi, 2008; Haid, 2006; Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2012).

Así mismo algunos autores (Alarcón & Caycho, 2015; Peterson, 2006), coinciden en que la felicidad se puede construir con aspectos como; mantener buenas relaciones con los demás, involucrarse en lo que uno hace, tener sentido y propósito vitales, sentirse competente utilizando las capacidades y talentos personales, ser capaz de encontrar humor en la vida cotidiana, saborear las cosas buenas, liberarse de los rencores, sentirse agradecido y expresar gratitud. En relación a lo anterior, se ha comprobado que los afectos positivos, la frecuencia de éstos afectos, las relaciones interpersonales sanas y la extraversión contribuyen para que las personas aumenten su estado de felicidad, por el contrario, el individualismo y las emociones intensas no favorecen a los estados de felicidad (Alarcón, 2007), de hecho, Veenhoven (2009) sugiere que vivir numerosos momentos de éxtasis y euforia pueden confundir a las personas, en cuanto al sentido de la realidad.

Otro aspecto que los estudiosos de la felicidad consideran importante es el sentido de la vida, una vida con significado en la que las personas se sienten conectadas con algo más grande que ella mismas. Las personas que sienten que la vida tiene sentido, sienten mayor satisfacción con la vida, un afecto más positivo, niveles más altos de optimismo y mejor autoestima. Este aspecto es uno de los más difíciles de abordar, ya que aún no se sabe con certeza cómo se origina el sentido y propósito de la vida (Park et al., 2013). Sin embargo, se puede decir que el hecho darle un significado a las cosas que se hacen en la vida, por más sencillas que parezcan, contribuye más a obtener un sentido y significado de la vida que si se centra la atención en hacer las cosas sin saber el por qué. Emmons (2003), propone 4 fuentes de sentido de vida: 1) el trabajo-logro, 2) la intimidad-relaciones interpersonales, 3) la espiritualidad y 4) la trascendencia-generatividad. El grado en el que se comprende el significado de la vida y sentir que se tiene un propósito, contribuye a generar felicidad.

Los resultados de las investigaciones, confirman que la felicidad tiene ciertos beneficios en diferentes aspectos de la vida de las personas. Ya que si se tiene una percepción de sentirse satisfechos con la vida general, esto contribuye a mantener actitudes positivas ante la vida y a tener la capacidad de enfrentar y superar las situaciones de adversidad, así como a mantener la salud mental. Por lo tanto, las personas con altos niveles de felicidad o que viven momentos felices tienen una alta satisfacción con la vida y un alto nivel de salud mental positiva (Góngora

& Casullo, 2009; Moyano & Ramos, 2007). Así mismo diversas investigaciones de tipo correlacional y predictivo afirman que la felicidad es una variable estrechamente relacionada con la salud mental positiva (Kamkary & Shokrzadeh, 2012; Lu & Shih, 1997; Rafiei, Mosavipour & Aghanajafi, 2012; Yiengprugsawan et al., 2012).

Aunado a lo anterior Ahmadi et al., (2014), reportó una varianza de .559 de la felicidad sobre la salud mental. Varios estudios han confirmado que las emociones positivas, especialmente la felicidad, tienen efectos significativos en la salud mental en la población general. Cuando los individuos experimentan la felicidad a largo plazo, sus funciones personales y sociales en algunos campos de su vida cotidiana mejoran pero cuando experimentan bajos niveles de felicidad, muchos aspectos de su vida personal y social se ven afectados por dificultades. De acuerdo con las evidencias empíricas uno de los objetivos centrales de la psicología es la salud mental, y en vista de que se han comprobado los beneficios que brinda la felicidad, vale la pena continuar investigando al respecto.

1.3.1.2. AUTOESTIMA

Además de la felicidad, la autoestima es una característica de personalidad crucial durante la adolescencia ya que es indispensable para que la persona se sienta capaz y competente para lograr sus metas (Acosta & Hernández, 2004; Fernández, Martínez & Melipillán, 2009; Montoya & Landero, 2008; Tarazona, 2005).

La autoestima se refiere a la confianza básica en las propias potencialidades y conceptualmente registra dos componentes esenciales; la valía personal y el sentimiento de capacidad personal. La valía personal es la valoración positiva o negativa que la persona tiene de su autoconcepto (imagen de sí mismo), incluidas las emociones asociadas con esta valoración y las actitudes respecto de sí mismo. El sentimiento de capacidad personal hace referencia a las expectativas que tiene una persona de ser capaz, de hacer de manera exitosa lo que tiene que hacer, es decir, su autoeficiencia (Fernández et al., 2009; Montoya & Landero, 2008; Tarazona, 2005). Por su parte Coopersmith (1967) definió la autoestima como la evaluación o juicio que el individuo

hace y mantiene respecto a sí mismo, expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso.

La autoestima es el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor. De manera más específica; existen tres componentes que se relacionan entre sí; el componente cognitivo: el cual se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información, conjunto de autoesquemas usados para reconocer estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas. El componente afectivo es la valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo e implica una sensación de lo que se considera, favorable o desfavorable, agradable o desagradable. El componente conductual es la tensión, intención y decisión de actuar, manifestación de comportamiento consecuente y coherente (Fernández et al., 2009; Montoya & Landero, 2008; Tarazona, 2005).

Para la presente investigación resulta pertinente la definición que sugiere González-Arratia, (2011) quien define la autoestima como una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que se le atribuye al yo y externa se refiere al valor que se cree que otros dan.

En este sentido, la evaluación que realizan las personas de sí mismos, tiene la influencia de diferentes factores socioculturales, como por ejemplo, la familia, la escuela, o los estereotipos sexuales (González-Arratia, 2011; Montoya & Landero, 2008; Tarazona, 2005). Al respecto, algunas investigaciones reportan que los hombres muestran mayor autoestima que las mujeres (Moreno & Marrero, 2015). Diversos autores coinciden en que las diferencias por sexo, se pueden interpretar en función de los estereotipos de género que atribuyen al hombre un papel de competencia, confianza e independencia y a las mujeres un papel más emocional centrado en la crianza y el cuidado, por lo que son ellas quienes presentan mayor conflicto en la construcción de su autoconcepto, se preocupan más por lo que los demás piensan de ellas, en cambio, los hombres muestran mayor seguridad ya que la misma cultura recompensa las características masculinas (Díaz, Rivera & Wolfgang, 2012; Díaz-Loving et al., 2015).

Se considera que la autoestima es una variable relevante para la adaptación social y emocional, y un factor protector de la salud mental, ya que el desarrollo de una autoestima positiva, propicia comportamientos positivos y la integración de una personalidad sana, en la que el individuo se siente satisfecho consigo mismo y con sus relaciones interpersonales, así como también con salud mental. Aunado a lo anterior, los individuos con una autoestima sana, se sienten bien con respecto a su vida y a su futuro. De igual forma, tienen mayor capacidad de evaluar sus fortalezas y debilidades. Así mismo, la autoestima influye en la resolución de problemas, en la extraversión, la autonomía, la autenticidad y en la conducta prosocial (Góngora & Casullo, 2009; Kumari & Sharma, 2016; Michelle et al., 2014; Mont & Ulloa 1999).

Se ha reportado que se encuentra asociada a distintas variables, como el buen rendimiento académico (Anton, Buelga & Cava, 2007; Fernández et al., 2009; Tarazona, 2005), con la felicidad y el optimismo (Dogan, Totan & Sapmaz, 2013; Erozkán, Dogan & Adiguzel 2016; Garaigordobil, 2015; Moreno & Marrero, 2015; Núñez et al., 2015; Tsigilis, 2015; Vera-Villarroel, Córdova-Rubio & Celis-Atenas, 2009).

Aunado a lo anterior, los resultados coinciden en que la autoestima es una variable fundamental para que las personas vivan satisfechas con la vida y sean felices (Anton et al., 2007), de hecho esta relación se repite en investigaciones con muestras de diferentes países, por ejemplo, en muestras españolas (Garaigordobil, 2015; Moreno & Marrero, 2015), en jóvenes turcos (Dogan et al., 2013) y griegos (Tsigilis, 2015), así como en mexicanos (Núñez et al., 2015; Toribio et al., 2012a). A pesar de lo anterior, son escasas las evidencias empíricas que muestren su asociación en modelos explicativos integradores (Michelle et al., 2014).

A diferencia de mantener una autoestima sana, un concepto inestable de sí mismo, se asocia al desarrollo de algunos trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, así como comportamientos de riesgo durante la adolescencia. De tal forma que también se considera un factor de protección relevante para hacer frente a las situaciones adversas (Eisennarth, 2012; Góngora & Casullo, 2009; Montt & Ulloa, 1996; Weber & Rose, 2012).

Por lo que es necesario analizar en qué medida la autoestima se relaciona con la felicidad y la salud mental positiva en el caso de adolescentes, así como con otros constructos como lo es el optimismo, como a continuación se expone.

1.3.1.3. OPTIMISMO

El optimismo ha sido estudiado ampliamente en la psicología, bajo diferentes acepciones: por ejemplo el optimismo disposicional propuesto por Carver y Scheier (2014) y el estilo explicativo descrito por Peterson y Seligman (2004). Diversos autores coinciden en que el optimismo es un rasgo de personalidad relativamente estable en el tiempo, que se caracteriza por tener una actitud positiva ante las expectativas del futuro. Scheier y Carver (1985) hacen mención de dos aspectos fundamentales para el optimismo, uno es proponerse expectativas positivas y otro es tener confianza en que esa expectativa se va a lograr (Carver et al., 2014). Además de que puede ser disposicional y situacional (González-Arratia & Valdez, 2013a).

El optimismo situacional se refiere a las expectativas de esperar resultados positivos respecto a una situación específica, sobre todo en situaciones de adversidad. En cambio, el optimismo disposicional indica una tendencia o creencia general y constante ante los acontecimientos y ante la vida. Se considera como un rasgo relativamente estable de la personalidad de un individuo y que se refiere a la convicción general según la cual en el futuro, se tendrán más experiencias positivas que negativas. Esto caracteriza en cierta forma la identidad de un individuo y le proporciona un sentido de coherencia interior que le permite mantener una imagen estable y favorable en el tiempo (Scheier & Carver, 1985).

La confianza en las propias capacidades y posibilidades son consideradas moduladores de las experiencias estresantes y un potenciador del bienestar (Alarcón, 2013). Así mismo, cuando las personas piensan que les ocurrirán cosas buenas, son más propensas a esforzarse, entendiendo así al optimismo como un componente motivacional (Park et al., 2013).

Anolli (2005), Fredrickson (2009), González-Arratia y Valdez (2013a) y Vera (2006) coinciden en definir el optimismo como una característica disposicional de personalidad; determinado, por

la herencia y por experiencias tempranas, es posible de modificar en la adultez la manera de percibir las cosas, es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables, el valor que ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en las capacidades y posibilidades junto con la ayuda que se puede recibir.

Además, el optimismo, se considera un importante factor de protección para la salud, ya que propicia comportamientos saludables, aumenta la esperanza de vida y el bienestar (Mera & Ortiz, 2012). Los resultados de diversas investigaciones han comprobado que el optimismo se encuentra asociado a los altos niveles de bienestar físico y estados de salud, así como con la recuperación en pacientes con enfermedades crónicas (Chico, 2002; Londoño, 2009; Ridder, Schreurs & Bensing, 2004). De igual forma, se ha comprobado que es un elemento relacionado con los beneficios para la salud mental (Carver & Scheier, 2014; Conversano et al., 2010; Michelle et al., 2014 Vera-Villarroel & Celis-Atenas, 2014), así como uno de los principales predictores del bienestar subjetivo (Caycho & Castañeda, 2015; Moreno & Marrero, 2015), ya que se considera como un factor de salud fundamental que favorece la adopción de comportamientos más eficaces y encaminados a alcanzar el estado de salud deseado y a afrontar las enfermedades y adversidades. Sin embargo, las investigaciones de tipo causal de la asociación entre el optimismo y la salud mental positiva siguen siendo escasas (Vera-Villarroel & Celis-Atenas 2014).

En relación con lo anterior, estudios recientes afirman que quien mantiene una actitud optimista ante el futuro y se esfuerza para que las cosas vayan mejor, reporta sentirse más feliz (Caycho & Castañeda, 2015; Jiang et al., 2014) y presentan una autoestima sana (Hutz, Midgett, Cerentini, Bastianello & Zanon, 2014; Lyubomyrsky, King & Diener, 2005; Moreno & Marrero, 2015; Roat, Cerentini & Simon, 2014; Vera-Villarroel et al., 2009). De hecho, las personas optimistas son más hábiles en la resolución de situaciones conflictivas (Chico, 2002; Leilan, 2014).

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, los resultados muestran divergencias, ya que en algunas investigaciones se ha reportado que las mujeres son más optimistas (Salgado,

2009), y en otras se describe que son los hombres quienes muestran mayor optimismo (Moreno & Marrero, 2015). De igual manera, se ha encontrado que los hombres manifiestan mayor optimismo situacional (Toribio et al., 2012a). Al respecto Caycho (2015), menciona que es fundamental tomar en cuenta la influencia de los factores socioculturales, ya que puede condicionar la expresión de las emociones en hombres y mujeres.

Tener pensamientos positivos tiene numerosos beneficios, se relaciona con un mejor estado de ánimo, satisfacción con la vida, éxito en la escuela, el trabajo y los deportes, buena salud, y longevidad, ayuda a prevenir enfermedades cardiacas, a afrontar las enfermedades tumorales, a controlar el estrés, a reforzar el sistema inmunitario, a superar los sucesos traumáticos y a afrontar el pánico y la depresión (Anolli, 2005; Carver Scheier & Segerstrom, 2014; Csikszentmihalyi, 2008; Fredrickson, 2009, Jade & Vera, 2003). Al respecto, Torres (2004) evidenció cómo el optimismo previene la depresión y genera mejores procesos de adaptación escolar y Londoño (2009) sugiere que las personas consideradas pesimistas se focalizan en emociones negativas, negación de la realidad y distanciamiento mental de la situación problema, utilizando afrontamiento de evitación, sin embargo, las personas optimistas tienen la capacidad de vivir una mayor cantidad de emociones positivas y capacidad de resolución de problemas. De tal forma que el optimismo está asociado con la salud, por lo que se hace ahora necesario estudiarla como a continuación de presenta.

1.3.1.4. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

La percepción de la salud, se puede denominar también como autopercepción de la salud, autoevaluación de la salud, salud autopercibida y percepción general de la salud (Abellán, 2003; Urzúa, 2010). Se define como una medida global, que incluye diferentes dimensiones de la salud: física, emocional, social y síntomas y signos biomédicos (Girón, 2010; Schwartzmann, 2003; Souto, 2012).

Actualmente es una variable fundamental, a la hora de prestar atención al estado de salud de las personas, ya que su evaluación toma en cuenta lo que las personas piensan de su propia salud, este hecho tiene impacto en el uso de recursos de salud, pues permite un acercamiento global a esta (Souto, 2012).

Los resultados de algunas investigaciones, afirman que durante la adolescencia, se tiende a reportar en general una percepción positiva de la salud (Duran-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero & Martínez-Salgado, 2004; Tuesca-Molina, Centeno, Ossa, García & Lobo 2008; Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999), de tal forma que una baja percepción de la salud se ha visto asociada con las características culturales (Gil-Lacruz, M. & Gil-Lacruz, A. 2007), por ejemplo, en situaciones donde los adolescentes se encuentran en condiciones desfavorables, como trabajar en ambientes no adecuados, tienden a reportar peor percepción de su salud (Amar et al., 2008; Tuesca-Molina et al., 2008), a diferencia de resultados en muestras donde los adolescentes se encuentran en condiciones asociadas a un contexto académico (Duran-Arenas et al., 2004; Zúñiga et al., 1999).

La evaluación que las personas hacen de su salud, se ve influenciada por varios factores, como variables sociales, la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la calidad del entorno, (Crossley & Kennedy, 2002; Blaxter, 1990; Fylkesnes & Forde, 1992; González, Landero & Ruiz, 2008; Schnittker, 2004; Tuesca-Molina et al., 2008; Wang, Smith, Cumming & Mitchell, 2006; Zimmer, Natividad, Lin & Chayovan, 2000). Incluso la manifestación de síntomas va a depender de la cultura (Friedman, 2011). Así mismo, la percepción de la salud

tienen ciertos beneficios para el individuo, sobre todo se ha comprobado que influye de manera significativa en la adaptación universitaria (Chau & Saravia, 2014).

La salud de los individuos no es un concepto aislado, por el contrario se considera multidimensional, no es posible hablar de salud sin tomar en cuenta los aspectos tanto físico como mental. En cuanto a la correlación entre percepción de la salud y salud mental positiva, se ha encontrado que hay una relación positiva entre estas variables. En este sentido, los adolescentes evalúan su salud no solo en función de lo relacionado con el aspecto físico, si no también por sus capacidades mentales, la evaluación positiva que hacen de su salud se encuentra asociada con estados de satisfacción personal, así como con un cierto grado de autonomía, con la capacidad para tomar decisiones y establecer relaciones interpersonales. Por lo tanto, una mala percepción de la salud durante la adolescencia, puede estar asociado a la falta de ánimo, a una baja autoestima, a sentimientos de incapacidad, y falta de empatía con los demás y no precisamente a un problema específicamente físico (Amar, et al., 2008; Mercado et al., 2012). Por otro lado, se ha reportado que existen relaciones significativas entre los problemas de salud informados y el estado de ánimo depresivo en adolescentes, en el sentido de que, cuando los adolescentes presentan síntomas de depresión, perciben su estado de salud inestable (Barra, Cancino, Lagos, Leal & Martín 2005; Marco et al., 2006).

En relación a las diferencias entre hombres y mujeres, algunas evidencias muestran que las mujeres tienen peor percepción de su salud (Abellán, 2003; Duran-Arenas, et al., 2004; Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A. 2007; Vilagut, et al., 2005), ante esto, los autores sugieren que puede estar relacionado con los roles sociales y estereotipos sexuales (Díaz-Loving et al., 2015; Díaz et al., 2012). Así mismo, estas diferencias pueden atribuirse al tipo de cultura a la que se pertenece, ya que la manifestación de la salud puede estar ligada a las expectativas masculinas y femeninas, es así que las mujeres tienen mayor permisividad para manifestar sus dolencias y enfermedades (Friedman, 2011; Rohlf, Borrell, Artazcoz & Escriba-Agüir, 2007; Scott, 1988; Tuesca-Molina, et al., 2008; Zúñiga et al., 1999).

A pesar de estos antecedentes, se cuenta con pocas evidencias acerca de la percepción de la salud en adolescentes (Duran-Arenas et al., 2004; Tuesca-Molina et al., 2008), por lo que es importante continuar con mayor investigación al respecto.

1.3.2. DEPRESIÓN

Bajo la perspectiva de la psicología positiva, no se descarta el estudio de los trastornos mentales, al contrario, se plantea la importancia de investigar y promover los recursos y fortalezas positivas que pueden contribuir en la disminución de trastornos como la depresión, es por eso que el presente estudio incluye la variable depresión, con la finalidad de indagar acerca de su relación con las variables, salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud. Por lo tanto, con la intención de tener una mayor comprensión al respecto, a continuación se expone su conceptualización así como algunas evidencias acerca de la relación que guarda con las variables positivas.

La depresión es considerada un problema de salud pública, por su impacto en los individuos, así como en la sociedad. Se define como un trastorno del ánimo, donde se presenta una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. Se identifica por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día (Belló et al., 2005; González-Forteza, Hermosillo, Vacio-Muro, Peralta y Wagner, 2015).

La OMS (2012) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad. Se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, inutilidad o culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas (Beltrán, Freyre & Hernández-Guzmán, 2012).

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades en el mundo. En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta (OMS, 2012) y de acuerdo con lo que reportan Benjet, Borgues, Medina, Fleiz y Zambrano (2004), 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión durante la infancia y la adolescencia, y se estima que en México el 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una media de edad de inicio de 24 años. Del mismo modo, Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo (2012), reportaron que 7.2% de los jóvenes de la ciudad de México entre 12 y 17 años habían sufrido un trastorno depresivo en ese último año.

Actualmente se cuenta con amplia evidencia de la incidencia de la depresión, sin embargo, aún se sigue investigando acerca de su etiología, al respecto algunos autores proponen que sus causas pueden ser debido a factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares, mientras que otros subrayan la importancia de los factores psicosociales (González-Forteza et al., 2015).

Layous, Chancellor, Joseph y Lyubomirsky (2011), mencionan que a nivel mundial existe un alto porcentaje de casos de depresión y que incluso en los países ricos, el 70% de los casos, o bien no recibe el nivel adecuado de tratamiento o no reciben tratamiento en absoluto y este porcentaje no refleja los casos de depresión que no se denuncian por falta de acceso al cuidado de la salud o por otras razones. Es así que menos del 10% reciben el cuidado adecuado de la depresión, debido a la pobreza y la falta de recursos para la salud mental, o los tratamientos actuales no funcionan para todo el mundo. En México, Benjet, et al., (2004), reportó que solo el 29% de personas con un episodio de depresión alguna vez en la vida ha consultado a algún tipo de profesional por su depresión.

Por lo anterior es fundamental indagar acerca de la depresión en adolescentes. Para lo cual, en el presente estudio se trabajó con la variable depresión, bajo la teoría de Beck, la cual se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e

interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beltrán et al., 2012).

Su premisa básica consiste en que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En su etiología pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. En el caso de las depresiones no endógenas, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, que impregnan y condicionan la construcción de la realidad b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo y c) la ocurrencia de un estresor específico a los factores anteriores (González, Valdez, & González-Arratia, 2011, en R. Moral, J. Valdez, & N. I. González Arratia Ed. pp. 233-252).

Beck y Clark (1988), emplearon el concepto de esquema para explicar las actitudes y creencias disfuncionales que están representadas mentalmente y que afectan el procesamiento de la información. Éstos son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior y tienen la función de dirigir la percepción, codificar, organizar, almacenar y recuperar la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y se olvida. Con respecto a los esquemas disfuncionales, el resultado del proceso anterior, es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación igualmente desadaptada y sesgada de la realidad (González et al., 2011, en R. Moral, et al., Eds. pp. 233-252). Por lo que, Beck (1967) formula la teoría de la triada cognitiva de la depresión: 1) Consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto, 2) Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas y 3) Consideraciones negativas del futuro, se anticipa que los acontecimientos saldrán negativamente (desesperanza).

En relación a la incidencia de la depresión en hombres y mujeres, de acuerdo con algunos autores es un trastorno que es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres (Belló et al., 2005; Benjet et al., 2009; González-Forteza et al., 2005). Al respecto la teoría de la

intensificación del rol de género propone una intensificación de conducta congruente con el rol de género en la pubertad (como la pasividad, la dependencia, la impotencia y la emocionalidad para las mujeres) así como una intensificación de la socialización de género por parte de la familia y la sociedad, lo cual podría implicar menor libertad y mayor control sobre la mujer adolescente, en una etapa donde buscan mayor autonomía. Esta intensificación del rol de género podría afectar su autoestima, la percepción de competencia y generar riesgos para desarrollar trastornos afectivos y ansiosos (González-Forteza et al., 2005). Por otro lado la teoría de la exposición diferencial al estrés y a diversas adversidades, propone que mujeres reportan más estresores interpersonales y que esto explica las diferencias en sintomatología depresiva.

Por otra parte, se ha intentado explicar estas diferencias con teorías biológicas. Una de ellas propone que una mayor vulnerabilidad al estrés en las mujeres adolescentes se encuentra relacionada con el aumento de estrógenos y progesterona durante la etapa adolescente. Dichas hormonas influyen en la reactividad del eje hipotálamo-pituitario- adrenal (HPA), y en particular, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol haciéndolas más vulnerables al estrés (González-Forteza et al., 2005).

Por lo anterior, es necesario indagar acerca de los factores asociados con la disminución de los síntomas de la depresión. La evidencia empírica confirma que la salud mental positiva presenta una relación negativa con la depresión (Eisennarth, 2012; Manjunath & Kulkarni, 2013; Perales, Sog & Morales, 2003; Weber & Rose, 2012). Dentro de la psicología positiva se cuenta con estudios sobre las intervenciones de actividades positivas (Layous et al., 2001), donde se han encontrado mecanismos subyacentes e importantes beneficios de este tipo de intervenciones, así mismo, se ha reportado evidencia de la relación entre una intervención cognitiva positiva y disminuciones posteriores en los síntomas depresivos ya que es mediada por los aumentos en el afecto positivo. De la misma forma Reuben, Ang y Ringo (2012) afirman que el pensamiento positivo ejerce una atenuante influencia en la depresión.

Así mismo, se ha encontrado que la promoción de la felicidad es fundamental puesto que se relaciona de manera negativa con depresión (Alarcón, 2006; Manujunath & Kukarni, 2013), por lo que resulta fundamental el estudio al respecto. Aunado a lo anterior, el optimismo también

se considera un recurso protector para disminuir los síntomas de depresión (Carver et al., 2014; Conversano et al., 2010; Michelle et al., 2014; Vera-Villaruel & Celis-Atenas, 2014). Las investigaciones revelan que el optimismo protege contra los efectos debilitantes de los eventos negativos (Peterson & Seligman, 2004). Ante esto, los efectos que un evento tiene en los individuos, no se deben únicamente al evento mismo, sino a cómo se percibe e interpreta. El pensamiento positivo implica una acción constructiva. Cuando las personas piensan que les ocurrirán cosas buenas, son más propensas a esforzarse porque sienten que lo que hagan marcará la diferencia en el logro de un buen resultado (Park et al., 2013). El optimismo es beneficioso en gran parte porque se asocia con una resolución activa de problemas, en este sentido, por ejemplo, el éxito de la terapia cognitiva para la depresión depende de la capacidad del tratamiento para cambiar el pensamiento negativo de un paciente a uno positivo (Seligman et al., 2005). Del mismo modo, los programas de prevención que promueven un pensamiento más optimista a través de estrategias cognitivas y conductuales hacen menos probable la depresión posterior.

Por lo tanto, algunos autores consideran que es importante aplicar programas para la prevención de la depresión, que incluyan la promoción de la salud mental positiva en niños y adolescentes (Rivet, Heriot & Hunt, 2011).

1.4. PROPUESTA DEL MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA

La presente investigación tiene como objetivo principal someter a prueba un modelo a fin de analizar las relaciones existentes entre las variables, a través de ecuaciones estructurales que permita explicar en qué medida los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud física) inciden sobre la salud mental positiva en adolescentes. Adicionalmente se tienen como objetivos: comparar las variables en adolescentes sin depresión respecto del grupo con sintomatología depresiva, así como comprobar si difieren los hombres de las mujeres respecto a cada una de las variables.

La incorporación de estas variables se debe a que existe amplia evidencia de la relación entre ellas, como se hizo mención, sin embargo, su análisis ha sido de manera separada, por lo que

resulta importante analizarlas de manera simultánea, a fin de explicar la salud mental positiva en adolescentes y proveer las bases de futuras investigaciones. En la figura 1, se muestra el modelo general hipotetizado, donde se puede observar, que las variables felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud tienen un efecto directo positivo hacia la salud mental positiva e inverso con la depresión (Ver figura 1).

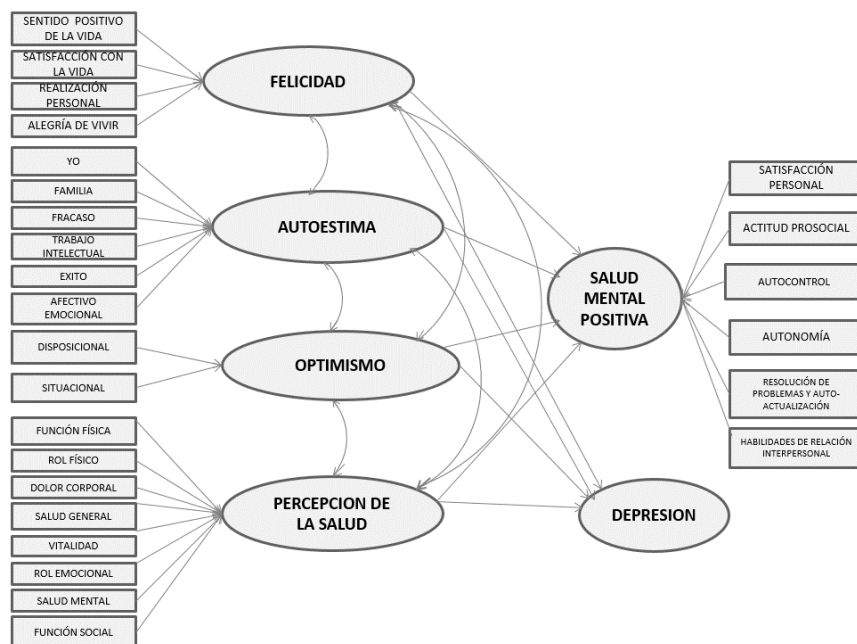


Figura 1. Propuesta del Modelo de Factores Protectores de la Salud Mental Positiva

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En qué medida los factores protectores (felicidad, optimismo, autoestima, la percepción de salud) explican la Salud Mental Positiva en adolescentes?

2.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuál será la relación entre salud mental positiva y felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en adolescentes?
- ¿Habrá diferencias en salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión entre hombres y mujeres adolescentes?
- ¿Habrá diferencias en el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de salud, en adolescentes con y sin sintomatología depresiva?

- ¿En qué medida la felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud explican la salud mental positiva?

3. JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones acerca de la salud mental, cada vez más centran su atención al estudio de las variables positivas que participan en el bienestar de los individuos (OMS, 2012). De tal forma que se estudia desde el enfoque de la psicología positiva, la cual tiene el objetivo de investigar acerca de los recursos que le permiten al ser humano vivir de manera óptima. De esta forma, surge el concepto salud mental positiva (Lluch, 1999) que se caracteriza por la interacción de componentes como la autonomía, el autocontrol, el dominio del entorno, la habilidad de resolver problemas, tener una actitud prosocial y establecer relaciones interpersonales sanas, así mismo la satisfacción personal.

Si bien la salud mental positiva ha sido estudiada en países como Estados Unidos (Jahoda, 1958), España (Lluch, 1999) y Colombia (Navarro, 2008). En México aún son escasos los estudios sobre Salud Mental Positiva. La escala de Lluch (1999), ha sido aplicada con fines de validación (González et al. 2012; González-Arratia & Valdez, 2016). Sin embargo, es necesario continuar indagando al respecto, para obtener datos de validez y confiabilidad en adolescentes, así como para obtener la medida de la salud mental positiva.

El estudio de estas variables en adolescentes, se debe a que, se considera como una etapa vulnerable de cambios físicos y psicológicos, se ha observado que si bien pueden ser sujetos de crisis, también poseen rasgos de personalidad que les pueden permitir vivir una vida con salud mental y tener un buen desarrollo psicosocial. Además de que en México, el 9.8 % de la población son personas de 15 a 19 años de edad (INEGI, 2010).

Se ha reportado que entre las variables asociadas a la salud mental positiva se encuentran: el optimismo, la felicidad, la autoestima, la calidad de vida, la satisfacción con la vida y la resiliencia. De igual manera se cuenta con resultados de la salud mental positiva en niños, adolescentes y adultos (Amar et al. 2008; Barradas, 2007; Londoño, 2009; Medina et al., 2012;

Navarro, 2008), sin embargo la mayoría de estudios toma en cuenta estas variables de manera aislada, pero no se cuenta con evidencias donde se analice su interacción de forma simultánea, como factores protectores de la salud mental positiva. Cabe hacer mención que estos estudios en su mayoría son de tipo descriptivo y correlacional, por lo que la presente investigación pretende poner a prueba un modelo de predicción de salud mental positiva, a través de ecuaciones estructurales. Por lo que se plantea que la felicidad, autoestima y optimismo, en conjunto inciden de manera directa sobre la salud mental positiva, así como la percepción de la salud del individuo, sobre la variable dependiente.

El estudio de la salud mental positiva no descarta el análisis de los trastornos mentales, por lo que en la presente investigación se incluye la variable depresión, con el objetivo de conocer la forma en la que se asocian con ésta, la felicidad, autoestima y optimismo. Los estudios referentes a la depresión durante la adolescencia reportan que, a mediano plazo, la depresión predice la conducta antisocial, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Benjet et al., 2004), así mismo, las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. Por lo tanto, la investigación al respecto, puede permitir obtener sustento empírico acerca de la importancia de promover las emociones positivas para disminuir la presencia de síntomas de depresión.

Así mismo, los resultados de la presente investigación pueden resultar significativos para enriquecer la evidencia acerca de la salud mental positiva y el bienestar en México, durante la adolescencia, de esta forma, contar con bases sólidas para poder fomentar los recursos que protegen la salud mental de los adolescentes.

4. HIPÓTESIS

1. Ho. No existe relación estadística positiva entre el nivel de salud mental positiva con las variables: felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión en una muestra de adolescentes.

Hi. Si existe relación estadística positiva entre el nivel de salud mental positiva con las variables: felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión en adolescentes.

2. Ho. No existe diferencia estadística en el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión entre hombres y mujeres adolescentes.

Hi. Si existe diferencia estadística en el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión entre hombres y mujeres adolescentes.

3. Ho. No existen diferencias estadísticas entre el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en la muestra de adolescentes con y sin sintomatología depresiva.

Hi. Si existen diferencias estadísticas entre el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en la muestra de adolescentes con y sin sintomatología depresiva.

4. Ho. La felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, no explican la salud mental positiva.

Hi. La felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, explican la salud mental positiva.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Explicar en qué medida los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud) inciden sobre la salud mental positiva en adolescentes con y sin sintomatología depresiva.

5.2. Objetivos específicos

1. Obtener el índice de validez y confiabilidad de la Escala de Salud Mental Positiva para la muestra de adolescentes.
2. Obtener los índices de validez y confiabilidad de las escalas de felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud (SF-36) y depresión para la muestra de adolescentes.
3. Determinar los niveles de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión en adolescentes.
4. Determinar el grado de relación entre salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión en adolescentes.
5. Describir las diferencias de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión entre hombres y mujeres adolescentes.
6. Identificar el grupo con sintomatología depresiva.
7. Comparar el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en adolescentes con y sin sintomatología depresiva.
8. Describir la incidencia de la autoestima y el optimismo en la felicidad en adolescentes.
9. Proponer un modelo explicativo de la Salud Mental Positiva en adolescentes a través de un modelo de ecuaciones estructurales.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio no experimental, empírico cuantitativo y descriptivo, ya que se hace mención de los cuestionarios como herramienta para la obtención de la evidencia empírica, y de corte transversal analítico porque se hizo en un único momento temporal, instrumental porque se analizan las propiedades psicométricas de los cuestionarios. También es un estudio explicativo con estrategia asociativa, ya que se tiene como objetivo probar modelos acerca de las relaciones existentes entre un conjunto de variables (Ato, López & Benavente, 2013; Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006; Montero & León 2007).

6.2. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Alumnos inscritos en el turno matutino de los 4 planteles del Nivel Medio Superior de la UAEMex y escuelas Oficiales, ubicados en la Ciudad de Toluca.

Muestra: La investigación se llevó a cabo con una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por un total de 533 adolescentes, todos estudiantes de nivel medio superior de la Ciudad de Toluca. Los participantes reportaron cursar el primero (32.8%), segundo (15%) y tercer año (52.2%), de los cuales el 44.4% son hombres (n=237) y el 55.6% son mujeres (n=296), entre 14 y 20 años de edad (M=16.3 DE=.97).

6.3. PROCEDIMIENTOS

Para la realización del presente estudio se llevó a cabo el siguiente procedimiento.

1. Se obtuvo la autorización por parte del Comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México.
2. Se registró del protocolo de Investigación en la Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados. Número de registro: DOCCSA-1714.
3. Se realizaron las solicitudes para obtener los permisos en los distintos planteles del Nivel Medio Superior de la Ciudad de Toluca, donde se llevó a cabo el estudio.
4. Se obtuvo el consentimiento informado por parte de los padres y de los participantes, se entregaron las cartas de consentimiento y asentimiento informado previo a la aplicación.
5. Se realizó la adaptación de la escala de Salud Mental Positiva, por medio de la revisión de un grupo de jueces expertos en la materia. Del total de 39 ítems solo se consideró pertinente modificar un reactivo.
6. Se llevó a cabo una prueba piloto para comprobar la comprensión del instrumento de Salud Mental Positiva. Se programó la fecha y hora de las aplicaciones en horarios académicos en cada uno de los planteles. Se llevó a cabo la aplicación de la escala de Salud Mental Positiva, de manera colectiva, en un tiempo aproximado de 40 minutos, en las respectivas aulas y horarios académicos, en una muestra compuesta por 121 adolescentes, 56 hombres y 65 mujeres, con edades de 16 a 19 años.

7. Posteriormente se revisaron las respuestas y no se encontraron inconsistencias, por lo que se pudo comprobar que se comprendieron todos los ítems.
8. Posteriormente, se programó la aplicación de todos los instrumentos en la muestra total de 533 adolescentes de la Ciudad de Toluca, estudiantes de preparatorias de la UAEMEX y oficiales, entre 14 y 20 años, 237 hombres y 296 mujeres.
9. Una vez aplicados los instrumentos, se capturaron los datos y se realizaron los análisis en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y en SPSS Amos, versión 23.0.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes del Nivel Medio Superior (NMS)
2. Edad entre 14 y 20 años
3. Turno matutino
4. Responder a todos los ítems
5. Firma de carta de consentimiento informado por parte de los padres de los adolescentes, así como asentimiento informado.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Alumnos de 13 años o menos y alumnos de 21 años o más.
2. Quienes no desearon participar en la investigación.
3. Quienes no presentaron la carta de consentimiento y asentimiento informado.
4. Criterio de eliminación: Llenado incompleto de los instrumentos

6.6. INSTRUMENTOS

6.6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Tabla 1

Definición conceptual y operacional de las variables

Definición conceptual de las variables	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Salud mental positiva: El concepto de Jahoda, (1958) hace referencia a una característica estable de la personalidad, que se define por el bienestar emocional, autonomía, un significado de vida positivo, buenas actitudes con los demás, capacidad de resolver los problemas, habilidades de relación interpersonal y satisfacción personal (Lluch, 1999).	Escala de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999).	Cuantitativa	Ordinal
Felicidad: Estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado, que puede ser de naturaleza variada. Cuando se es feliz el sentimiento de satisfacción es interior e individual, la felicidad puede ser duradera y predecible. Se compone principalmente de cuatro dimensiones: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir (Alarcón, 2006; 104).	Escala de Felicidad (Toribio, González-Arratia, Valdez & González, 2012b).	Cuantitativa	Ordinal
Autoestima: Estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que se atribuye al yo y externa se refiere al valor que el sujeto cree que otros le dan (González-Arratia, 2011).	Escala de Autoestima de González-Arratia (2011).	Cuantitativa	Ordinal
Optimismo: Característica disposicional de la personalidad que media entre acontecimientos externos y la interpretación personal de éstos. La cual se caracteriza	Cuestionario de Optimismo (González-	Cuantitativa	Ordinal

<p>por poseer una tendencia a esperar resultados favorables en el futuro, ya que cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, involucra componentes cognitivos, emocionales y motivadores (Scheir y Carver, 1985).</p>	<p>Arratia & Valdez, 2013a).</p>		
<p>Percepción de la salud: Es una medida subjetiva de la salud que refleja la percepción que tienen los individuos sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista del bienestar físico, emocional, psicológico o socio-cultural (Souto, 2012).</p>	<p>Cuestionario de salud SF-36 (Zúñiga et al., 1999).</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Depresión: Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck, versión revisada (BDI-IA) (Beck, Steer & Garbin 1988) y validada en México (Beltrán et al., 2012).</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Se considera un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad (Beltrán et al., 2012).</p>			

6.6.2. Instrumentos aplicados

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, que incluyó cuatro preguntas: grado que cursa, sexo, edad y rendimiento académico (Ver anexo C). Así mismo se aplicaron seis instrumentos como a continuación se expone (Ver anexo A):

1. Escala de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999): consta de 39 reactivos, en escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: (siempre, con bastante frecuencia, con poca frecuencia y

nunca). Al extremo positivo se le otorgan cuatro puntos y al extremo negativo un punto. Cada ítem puede obtener un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 4. La autora de la escala (Lluch, 1999) reporta un Alfa de Cronbach total de 0.906 y una varianza explicada de 46.8%.

Consta de 6 dimensiones: 1) Satisfacción personal (8 ítems): significa tener satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro (*Alfa de Cronbach*=0.82, Varianza explicada=23.1). 2) Actitud prosocial (5 ítems): se define como la predisposición activa hacia la sociedad, una actitud altruista, de apoyo y aceptación hacia los demás (*Alfa de Cronbach*=0.58, Varianza explicada=6.7). 3) Autocontrol (5 ítems): es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, equilibrio, control emocional y tolerancia a la ansiedad (*Alfa de Cronbach*=0.81, Varianza explicada=4.9). 4) Autonomía (5 ítems): implica la capacidad para tener criterios propios e independencia, tener seguridad personal, confianza en sí mismo y autorregulación de la propia conducta (*Alfa de Cronbach*=0.77, Varianza explicada=4.4). 5) Resolución de problemas y autoactualización (9 ítems): integra la capacidad de análisis y de adaptación al cambio, la habilidad para tomar decisiones, la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo (*Alfa de Cronbach*=0.79, Varianza explicada=3.9). 6) Habilidades de relación interpersonal (7 ítems): habilidad para establecer relaciones interpersonales, ser empático, entender los sentimientos de los demás y dar apoyo emocional (*Alfa de Cronbach*=0.71, Varianza explicada=3.8).

2. Escala de Felicidad; (Alarcón, 2006), adaptada para población mexicana con propiedades psicométricas adecuadas, (*alfa de Cronbach* de 0.917 y una varianza explicada de 50.32%) (Toribio et al., 2012b), contiene 26 ítems contruidos en escala de tipo Likert de cinco alternativas de respuesta; (totalmente de acuerdo, acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Al extremo positivo se le otorga cinco puntos y al extremo negativo un punto. Los ítems negativos se califican de manera inversa (2, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25). Tiene cuatro dimensiones; 1) Sentido positivo de la vida (10 ítems): Las respuestas de rechazo a lo que afirman las oraciones, indican grados de felicidad, que reflejan actitudes y experiencias positivas hacia la vida. En este sentido la felicidad significa estar libre de estados depresivos profundos, tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida (*Alfa de Cronbach*=.913, varianza explicada=18.23). 2) Satisfacción con la vida (6 ítems): en este factor se expresa satisfacción por lo que se ha alcanzado y la persona cree que está donde

debe de estar, o porque se encuentra muy cerca de alcanzar el ideal de su vida (*Alfa de Cronbach*=.913, varianza explicada=11.229) 3) Realización personal (5 ítems): expresa lo que se podría llamar felicidad plena, y no estados temporales del estar feliz. Señala autosuficiencia, autarquía, tranquilidad emocional, placidez, todas son condiciones para conseguir el estado de felicidad completa. El concepto de realización personal, guarda correspondencia con la definición de felicidad que supone la orientación del individuo hacia metas que considera valiosas para su vida (*Alfa de Cronbach*=.915, varianza explicada=10.702 y 4) Alegría de vivir (5 ítems): señala lo maravilloso que es vivir, refiere experiencias positivas de la vida y sentirse generalmente bien (*Alfa de Cronbach*=.914, varianza explicada=10.27).

3. Escala de autoestima: (González-Arratia, 2011), está compuesta por 25 ítems, con cuatro tipos de respuesta: (Siempre, muchas veces, pocas veces y nunca). Los ítems negativos se califican de forma inversa (3, 5, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 25). Las puntuaciones de los niveles de autoestima son: 25-40: muy baja autoestima; 41-55: baja; 56-70: promedio; 71-85: alta; 86-100: muy alta. Está integrada por 6 factores; 1) Yo (5 ítems): hacen referencia al sí mismo individual en forma positiva, 2) Familia (5 ítems): tiene que ver con la evaluación de la percepción que el adolescente tiene de los otros significativos (familia) para él en relación al sí mismo, 3) Fracaso (5 ítems): tiene que ver con la percepción del fracaso, o poco exitosa, 4) Trabajo intelectual (4 ítems): o autoestima académica, como una parte importante de la estructura de autoestima del adolescente, lo es la evaluación que tiene que ver con el ambiente escolar en donde se desarrolla el adolescente. Es la valoración que hace el individuo sobre su ejecución en cuanto a trabajo de tipo intelectual en el ambiente escolar, 5) Éxito (3 ítems): se refieren a la percepción del éxito personal y cumplimiento de los objetivos y alcanzar una meta acompañada de sentimiento de bienestar, 6) Afectivo-emocional (3 ítems): tiene que ver con la parte afectiva en donde coloca al adolescente en un objeto de valor y una jerarquía. Se refiere a la percepción de preocupación por parte de personas significativas para él. En un estudio previo se reporta un *Alpha de Cronbach* de 0.874 y una varianza explicada de 62.3% (Toribio et al., 2012a).

4. Escala de Optimismo (González-Arratia & Valdez, 2013a): consta de 39 ítems, con cinco opciones de respuesta, (siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca); se otorga 1 punto a las respuestas negativas y 5 a las positivas. Dividido en dos dimensiones; 1)

Optimismo disposicional (28 ítems): se refiere a la generalización de expectativas positivas, tendencia a esperar resultados positivos o favorables en la vida y 2) Optimismo situacional (11 ítems): constituye un mecanismo que surge frente a un evento estresante y permite enfrentar de mejor forma dicho evento, se da ante una situación particular. En una investigación anterior, mostró un *alpha de Cronbach* de 0.94 y una varianza explicada de 33.85% (Toribio et al., 2012a).

5. Encuesta de Salud SF-36: (Ware & Sherbourne, 1992). Mide estados positivos como negativos de la salud física y el estado emocional. Es uno de los instrumentos con mayor consistencia psicométrica en la medida de la percepción de la salud, y ha sido adaptada a más de quince países (Alonso, Prieto & Antó, 1995; Vilagut et al., 2006). El SF-36 consta de 36 ítems, tipo Likert con 2, 3, 5 y 6 opciones de respuesta, por ejemplo; (si, no), (excelente, muy buena, buena, regular y mala). Integra ocho dimensiones, en cada dimensión las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Se aplicó la versión estándar, con recordatorio de 4 semanas, adaptada para muestras mexicanas en el cual se reporta una confiabilidad que va de 0.56 a 0.86 (Zúñiga, et al., 1999). Dimensiones de la Encuesta de salud (SF-36):

Función física: (10 ítems). Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como: el cuidado personal, caminar, subir escaleras, llevar o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos (*Alfa de Cronbach* de 0.84).

Rol físico: (4 ítems). Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas (*Alfa de Cronbach* de 0.70).

Dolor corporal: (2 ítems). Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (*Alfa de Cronbach* de 0.80).

Salud general: (5 ítems). Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar (*Alfa de Cronbach* de 0.73).

Vitalidad: (4 ítems). Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo. (*Alfa de Cronbach* de 0.83).

Función social: (2 ítems). Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual (*Alfa de Cronbach* de 0.76).

Rol emocional: (3 ítems). Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (*Alfa de Cronbach* de 0.56).

Salud mental:(5 ítems).Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general (*Alfa de Cronbach* de 0.83).

6. Escala de depresión: se aplicó el inventario de Depresión de Beck, versión revisada (BDI-IA) (Beck et al., 1988), el cual ha sido estandarizado en población mexicana por Jurado et al., (1988). En un estudio reciente se reportaron propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en adolescentes mexicanos (*Alfa de Cronbach*=.92, *Varianza explicada*=45.14%) (Beltrán et al., 2012), consta de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro 4 opciones de respuestas, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, cuanto mayor es el puntaje mayor es el nivel de depresión. La puntuación total resultante tiene un rango entre 0 y 63. Contiene dos dimensiones: dimensión cognitivo afectiva: los ítems integran síntomas derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, los cuales conforma la triada cognitiva que opera como sustrato psicológico de la depresión: la visión negativa de uno mismo, la interpretación de las vivencias actuales en forma negativa y la visión negativa del futuro. Consta de 16 ítems (del 1 al 15, y el 17). Dimensión somática: los ítems forman parte de los componentes emocionales de ansiedad fisiológica y conductual que suelen acompañar a los trastornos psicológicos, contiene 5 ítems (16, 18, 19, 20 y 21). Los autores de la escala (Beck et al., 1988), establecieron las siguientes puntuaciones: de 0 a 13 indican ausencia de depresión o síntomas mínimos, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 moderada y de 29 a 63 severa.

6.7. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron todos los instrumentos de manera colectiva, en un tiempo aproximado de 40 minutos, en las respectivas aulas y horarios académicos. Posteriormente se capturaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y en SPSS Amos, versión 23.0.

6.8. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron los siguientes análisis:

1. Se realizaron análisis descriptivos de los datos sociodemográficos de la muestra, así como para obtener las medidas de tendencia central, Media y Desviación estándar de la puntuación total de las escalas de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión, y de sus dimensiones.
2. Se hicieron análisis de distribución de los datos, de normalidad univariante con la prueba *Kolmogorov-Smirnov*, así como normalidad multivariante con la prueba de Mardia (1970), con los coeficientes de asimetría y curtosis y sus respectivos errores típicos (se recomiendan valores inferiores de 1.96), y el contraste conjunto de asimetría y curtosis, que debe de ser inferior a 5.9 (González, Abad & Lévy, 2006).
3. Con el objetivo de obtener datos de validez de la escala de salud mental positiva, así como de las escalas de felicidad, autoestima, optimismo y depresión se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio para cada una.
4. Se obtuvo el tamaño del *efecto Cohen* (Cohen, 1988), para los análisis con la prueba *t* de Student.
5. Se realizaron análisis para obtener el coeficiente de fiabilidad con el *Alfa de Cronbach*, de todas las escalas.
6. Se obtuvieron puntos de corte para observar los niveles de cada una de las variables. Para salud mental positiva se obtuvieron puntos de corte considerando la media ± 1 desviación estándar. Para felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión se siguieron los criterios que marcan los autores.
7. Se llevaron a cabo análisis de correlación con todas las variables (salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión) y sus dimensiones.
8. Se hizo un análisis de regresión múltiple por pasos para explicar la incidencia de la autoestima y el optimismo sobre la felicidad.
9. Se realizaron análisis con la prueba *t de Student* para obtener las diferencias de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión, así como de sus dimensiones entre hombres y mujeres.
10. Respecto a la variable depresión se realizaron análisis descriptivos para obtener el grupo con sintomatología depresiva, de acuerdo con los rangos establecidos por los autores.

Posteriormente, de manera aleatoria se obtuvo una submuestra de la muestra total, del mismo tamaño que el grupo con depresión. Se realizó un análisis con la prueba t de Student para observar si había diferencias en salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en los grupos con y sin sintomatología depresiva.

11. Se hizo un análisis de ecuaciones estructurales con el modelo hipotetizado de la investigación, para corroborar de qué manera la felicidad, autoestima, optimismo, depresión y percepción de la salud explicaban la salud mental positiva.
12. Los análisis de datos se procesaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y en SPSS Amos, versión 23.0. Con un nivel de confianza del 95% y una significancia estadística de $p < 0.05$.

6.9. ASPECTO ÉTICO

La presente investigación se rigió bajo los Principios éticos de los psicólogos y Código de Conducta de la Asociación Americana de Psicología, que en el apartado de Investigación y publicación, incluye los siguientes puntos:

1. Autorización institucional: En caso de que se requiera autorización institucional. Los psicólogos proveen información precisa acerca de sus propuestas de investigación y obtienen la autorización correspondiente antes de realizar la investigación. Dirigen la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado.

2. Consentimiento informado para la investigación:(a) Al obtener el consentimiento informado en los términos requeridos en la Norma 3.10, Consentimiento informado, los psicólogos informan a los participantes acerca de (1) el propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos; (2) su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; (3) las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; (4) los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; (5) cualquier beneficio posible de la investigación; (6) los límites de la confidencialidad; (7) los incentivos por la participación; y (8) a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los

derechos de los participantes en investigaciones. Dan la oportunidad a los eventuales participantes de formular preguntas y recibir respuestas.

La participación de los adolescentes fue voluntaria y se hizo a través de la carta de consentimiento y asentimiento informado. La investigación fue confiable de manera que se protegió la privacidad e intimidad de los participantes. Los resultados de cada institución se usaron con fines estadísticos y de investigación. Los adolescentes no corrieron ningún riesgo por su participación, se invitó a los adolescentes que tuvieran interés de recibir atención psicológica a asistir al Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la UAEM.

La carta de consentimiento informado se integró por principios básicos éticos.

a) Respeto a las personas, b) beneficencia, c) justicia, d) autonomía.

7. RESULTADOS

7.1. CAPÍTULO DE LIBRO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN

7.1.1. TÍTULO DEL CAPÍTULO DE LIBRO ACEPTADO: PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS, EN ADOLESCENTES MEXICANOS.

7.1.2. PÁGINA FRONTAL DEL MANUSCRITO

Percepción de la salud y factores psicológicos asociados, en adolescentes mexicanos.

Perception of health and associated psychological factors in Mexican adolescents.

Lorena Toribio Pérez

Universidad Autónoma del Estado de México

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes

Universidad Autónoma del Estado de México

Hans Oudhof Van Barneveld

Universidad Autónoma del Estado de México

Marta Gil-Lacruz

Universidad de Zaragoza

Diana Carolina Mira-Tamayo

Universidad de Zaragoza

7.1.3. CARTA DE ACEPTACIÓN



mglacruz <mglacruz@unizar.es>

mar 04/07/2017 01:07 p.m.

Para: anaromar (anaromar@unizar.es)

Cc: diana carolina mira tamayo (alejand204@hotmail.com); LORENA TORIBIO PEREZ (toribio_lore@hotmail.com) ↗



Responder |

Respondiste el 04/07/2017 04:09 p.m..

Muchas gracias por la información y la aceptación, estamos muy contentas y estaremos pendientes de la misma. Un cordial saludo,

Marta

El 2017-07-04 20:04, anaromar escribió:

- > Me es grato comunicarle que el comité científico ha considerado apta
- > su propuesta de comunicación y será publicada previsiblemente a
- > principios de año 2018 en Ediciones Universidad San Jorge.
- > Un cordial Saludo y feliz verano

Ana Rodríguez Martínez

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.

Dpto de Ciencias de la Educación

Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación (M.I.D.E)

Universidad de Zaragoza. España.

Grupo de Investigación Coaching y Emprendimiento: <http://giced.unizar.es>

Master en Educación Socioemocional:

<http://mastereneducacionsocioemocional.unizar.es/>

CIIEB: <http://www.congreso inteligencia emocional.com>

7.1.4. *RESUMEN:*

La percepción de la salud constituye un indicador importante de bienestar, ya que permite una valoración integral del individuo de su estado de bienestar físico, psíquico y social. En la actualidad, se está analizando su relación con variables salutógenas como lo es la salud mental positiva, así como la diferenciación que se presenta en torno al sexo. El objetivo de la presente investigación es analizar la relación entre percepción de la salud y salud mental positiva, así mismo analizar si existen diferencias en la percepción de la salud en hombres y mujeres. Se evaluaron un total de 533 adolescentes entre los 14 y 20 años de edad, 237 hombres y 296 mujeres del turno matutino de cinco escuelas públicas de la ciudad de Toluca (México). Los instrumentos que se aplicaron fueron el Cuestionario de Percepción de la Salud (Ware y Sherbourne, 1992) y la Escala de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999). De acuerdo con los resultados, la muestra obtuvo altos niveles de percepción de la salud y salud mental positiva, presentándose correlaciones positivas y significativas entre ambas. Se muestran diferencias estadísticamente significativas a favor de los hombres en las dimensiones: salud general, salud mental, ausencia de dolor corporal, vitalidad y rol emocional. Se concluye que se confirma la correlación entre percepción de la salud y salud mental positiva, de igual forma se corrobora parcialmente el supuesto de las diferencias por sexo, ya que se encontraron discrepancias en 5 de las 8 dimensiones de percepción de la salud. Se sugiere ampliar las líneas de investigación para indagar sobre otros factores que pudieran estar asociados a la percepción de la salud con la finalidad de obtener mayor evidencia científica al respecto.

Palabras clave: percepción de la salud, salud mental positiva, correlación, adolescencia.

Abstract:

The perception of health is an important indicator of well-being since it allows a comprehensive assessment of the individual's physical, psychological and social well-being. At present, it is being analyzed its relationship with salutogenic variables such as positive mental health, as well as the differentiation that is presented around the sex. The objective of the present research is to analyze the relationship between health perception and positive mental health, as well as to analyze if there are differences in the perception of health in men and women. A total of 533 adolescents between 14 and 20 years of age, 237 men and 296 women of the morning shift of five public schools in the city of Toluca (Mexico) were evaluated. The Health Perception

Questionnaire (Ware and Sherbourne, 1992) and the Positive Mental Health Scale (Lluch, 1999) were applied. According to the results, the sample obtained high levels of perception of health and positive mental health, and there were positive and significant correlations between both. According to the results, there are statistically significant differences in favor of men in the dimensions: general health, mental health, absence of body pain, vitality and emotional role. We conclude that the correlation between health perception and positive mental health is confirmed, and the assumption of the differences by sex is partially corroborated, as discrepancies were found in 5 of the 8 dimensions of health perception. It is suggested to expand the research lines to investigate other factors that could be associated with the perception of health in order to obtain more scientific evidence about it.

Key words: health perception, positive mental health, correlation, adolescence.

7.1.5. APARTADOS DEL ARTÍCULO

1. Introducción teórica

La percepción de la salud constituye un indicador importante del estado de salud de las personas. Una percepción negativa de dicho estado se relaciona con peores indicadores de morbilidad aguda y crónica (Idler y Benyamini, 1997), un mayor grado de incapacidad y una utilización más frecuente de los recursos sanitarios (Souto, 2012), carencias y/o dificultades en la realización de las actividades diarias laborales, domésticas y recreativas (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina, 1999). Con frecuencia, dicho concepto se utiliza como sinónimo de: autopercepción de la salud, autoevaluación de la salud, salud autopercebida y percepción general de la salud (Abellán, 2003; Urzúa, 2010). Pese a la subjetividad de dicha medida los comportamientos a los que conduce son observables desde la práctica clínica (Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos, 2007). De ahí, que su utilización en encuestas de salud se encuentre ampliamente consensuado (Gil-Lacruz, 2007).

Si bien su estudio resulta relevante en todas las edades, ya que permite obtener una valoración integral del individuo de su estado de bienestar físico, psíquico y social (Girón, 2010; Ware y Sherbourne, 1992; Zúñiga et al., 1999), la mayor parte de las investigaciones se han centrado en adultos (Botero y Pico, 2007; Burgos et al., 2012; Lugo, García y Gómez, 2006). En cuanto a la

adolescencia, se afirma que uno de los aspectos en el que los adolescentes tienen mejor percepción de su salud es en el área física (Duran-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero y Martínez-Salgado, 2004; Tuesca-Molina et al., 2008). Sin embargo, es necesario continuar con las investigaciones para conocer los diversos factores relacionados a esta valoración.

De entre los factores que influyen en la interpretación de la propia salud, destacan: las variables sociales, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, la calidad del entorno, etc. (Crossley y Kennedy, 2002; Blaxter; 1990; Fylkesnes y Forde, 1992; Schnittker, 2004; Tuesca-Molina et al., 2008; Wang, Smith, Cumming y Mitchell, 2006; Zimmer, Natividad, Lin y Chayovan, 2000). La influencia de estas variables tiende a darse de manera interdependiente (Gil-Lacruz, M., y Gil-Lacruz, A. 2016). Por ejemplo, en cuanto a la situación laboral, estar trabajando podría favorecer a reportar una mejor percepción de la salud, pero esta situación puede implicar que se es joven para trabajar o que no se sufre ninguna discapacidad, por lo tanto en el análisis de la situación laboral deberíamos considerar la influencia de la variable edad y/o grado de incapacidad.

Así mismo, en esta percepción, las creencias, actitudes y valores culturales presentan un peso importante (Schwartzmann, 2003). De hecho, se encuentran diferencias en dimensiones concretas de la salud y puntuaciones genéricas entre muestras colombianas (Amar et al., 2008; Tuesca-Molina et al., 2008) y mexicanas (Duran-Arenas et al., 2004; Zuñiga et al., 1999). Esto significa que diferentes culturas varían en el grado de apertura a la manifestación pública de síntomas y dolencias, siendo éste un factor habitualmente discriminador entre hombres y mujeres (Friedman, 2011). La literatura científica coincide en los resultados diferenciales en la percepción de la salud en función del sexo (Abellán, 2003; Duran-Arenas et al., 2004; Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A. 2007; Vilagut et al., 200). Por ejemplo, la cultura latina es más permisiva en la expresión de una percepción negativa de salud por parte de las mujeres, pero la dirección de estos resultados puede no tener una interpretación unidireccional (Tuesca-Molina et al., 2008; Zuñiga et al., 1999). Igualmente revelador es la respuesta que el sistema sanitario ofrece a los pacientes en función del sexo, ya que las mujeres tienen una mayor probabilidad de recibir recetas de ansiolíticos y ser remitidas a un sistema de salud mental ante los mismos síntomas que sus compañeros (Souto, 2012).

Es posible que los roles sociales y expectativas masculinas y femeninas asociadas a las diferencias en la salud puedan influir y cambiar según la cultura (Rohlf, Borrell, Artazcoz y Escriba-Agüir, 2007; Scott, 1988; Tuesca-Molina, et al., 2008; Zúñiga et al., 1999). Estos juicios emitidos para cada sexo pueden ser resultado de la influencia de los estereotipos sexuales (Díaz-Loving et al., 2015; Díaz, Rivera & Wolfgang, 2012). En cualquier caso, el hecho de que estas diferencias entre hombres y mujeres sean frecuentes, plantea la necesidad de estudiar la percepción de la salud según el sexo y analizar qué factores específicos determinan la valoración del estado de salud en la población de mujeres y hombres.

El estudio de los factores culturales y sociales debe de complementarse con el análisis de los factores psicológicos que mediatizan esta percepción (Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A. 2007) y su desarrollo en la infancia y la adolescencia (Amar et al., 2008; Mercado, Madariaga y Martínez, 2012). Al respecto, destaca su relación directa con el grado de bienestar (Ware y Sherbourne, 1992). En este sentido, la psicología positiva ha contribuido decisivamente a la incorporación de la salud mental positiva (SMP) en este tipo de estudios (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012), la cual se puede entender como el conjunto de recursos psicológicos positivos, que facilitan a la persona una combinación equilibrada de actitudes, emociones y conductas positivas, que de acuerdo con Lluich (1999) se compone de seis factores psicológicos: la satisfacción personal, el autocontrol, la actitud prosocial, la autonomía, las habilidades sociales, de resolución de problemas y la autoactualización.

La interacción entre percepción de salud y SMP se refleja en el bienestar de los adolescentes en las diversas esferas de su cotidianidad, como los estudios, la institución escolar (Chau y Saravia, 2014), los amigos e incluso con la relación con uno mismo, por ejemplo, con la satisfacción de disponer de criterio propio para tomar decisiones (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012).

Si bien se han realizado estudios acerca de la asociación entre la percepción de la salud y la SMP, las investigaciones en adolescentes mexicanos siguen siendo escasas. Por lo que resulta fundamental su estudio en profundidad.

2. Objetivos

Analizar la relación entre la percepción de la salud y la salud mental positiva, así como las diferencias de percepción de la salud según el sexo en una muestra de adolescentes mexicanos.

3. Procedimiento

La presente investigación es de tipo empírica con estrategia descriptiva de corte transversal (Ato, López y Benavente, 2013). Se llevó a cabo en una muestra no probabilística por conveniencia, en el que participaron 533 adolescentes entre 14 y 20 años de edad, de los cuales un 44,4% fueron hombres (237) y un 55,6% mujeres (296). La media de edad fue de 16 años y la desviación típica de un año. Un 32,8% de los adolescentes cursaban segundo semestre, un 15% cuarto, un 39,4% quinto y un 12,8% sexto semestre del turno matutino. Todos ellos se encontraban estudiando en diferentes instituciones públicas de educación media superior de la ciudad de Toluca (México).

El instrumento final se compuso de tres cuestionarios específicos:

1. Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia en la que se preguntaba por el sexo, edad, curso e institución educativa y lugar de residencia.
2. Cuestionario de Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992). Es un instrumento diseñado para medir la valoración de aspectos positivos y negativos de la propia salud. Destaca por su consistencia psicométrica y aplicación tanto en diferentes contextos culturales como en diferentes momentos del ciclo vital. Se ha aplicado anteriormente con adultos y jóvenes (Arostegui, 2008; Vilagut et al., 2006) y validado con muestras mexicanas (Zúñiga et al., 1999). Consta de 36 ítems, con 2, 3, 5 y 6 opciones de respuesta, por ejemplo; (si, no), (excelente, muy buena, buena, regular y mala). Integra ocho dimensiones. En cada dimensión, los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Estas dimensiones son:

- a) Función física (10 preguntas). Analiza el grado en el que los problemas de salud pueden limitar actividades cotidianas como: el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- b) Rol físico (4 ítems). Ídem en relación a las actividades laborales y otras actividades diarias, que suponen un detrimento del rendimiento deseado o una limitación del tipo de tareas que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- c) Dolor corporal (2 ítems). Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- d) Salud general (5 ítems). Evaluación del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- e) Vitalidad (4 ítems). Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- f) Función social (2 ítems). Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- g) Rol emocional: (3 ítems). Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- h) Salud mental: (5 ítems). Valoración de la salud mental general, contemplando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

3. Escala de Salud Mental Positiva SMP (Lluch, 1999). Integra 39 ítems contruidos en escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: (siempre, con bastante frecuencia, con poca frecuencia y nunca). A la opción siempre se le otorga cuatro puntos y a la opción nunca un punto. Se integra de 6 dimensiones:

- a) Satisfacción personal (8 ítems): implica sentir satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro.
- b) Actitud prosocial (5 ítems): consiste en mantener una predisposición dinámica hacia la sociedad, una actitud altruista, de apoyo y aceptación hacia los demás.
- c) Autocontrol (5 ítems): es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, así como la aptitud para mantener el equilibrio, el control emocional y la tolerancia a la ansiedad.

- d) Autonomía (5 ítems): supone tener criterios propios e independencia, tener seguridad personal, mantener la confianza en uno mismo y la autorregulación de la propia conducta.
- e) Resolución de problemas y autoactualización (9 ítems): se caracteriza por la capacidad de análisis y de adaptación al cambio, la habilidad para tomar decisiones, la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.
- f) Habilidades de relación interpersonal (7 ítems): habilidad para establecer relaciones interpersonales, ser empático, entender los sentimientos de los demás y dar apoyo emocional.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma grupal durante el horario lectivo y en el aula de los estudiantes, dedicando a su administración unos cuarenta minutos aproximadamente. Para la realización de esta investigación se obtuvo la autorización del Comité de Ética de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la institución educativa y de los padres de los participantes.

Los análisis estadísticos se realizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.0. Se desarrollaron en primer lugar análisis descriptivos. Se efectuaron análisis con t de Student para observar si hay diferencias en la percepción de la salud según el sexo. Así como análisis de correlación entre percepción de la salud y salud mental positiva.

4. Resultados

El análisis descriptivo del cuestionario de percepción de la salud, muestra que la dimensión función física ha obtenido la puntuación más alta (M=94.16, DE=12.71), seguida de la dimensión rol físico (M=91.69, DE=21.02). Por el contrario, la vitalidad constituye la dimensión que presenta una puntuación más baja (M=67.60, DE=16.65).

Respecto al análisis que se realizó de las dimensiones de SMP, destacan los puntajes altos en satisfacción personal (M=3.52 DE=0.55), frente a la más baja en la dimensión autocontrol (M=2.88, DE=0.49) (Ver Tabla 1).

Dimensiones	<i>M</i>	<i>DE</i>	Valor mínimo	Valor máximo
Percepción de la salud				
1. Función física	94.16	12.71	0	100
2. Rol físico	91.69	21.02	0	100
3. Dolor corporal	75.65	23.05	0	100
4. Salud general	70.12	17.32	0	100
5. Vitalidad	67.6	16.65	0	100
6. Función social	79.15	20.91	0	100
7. Rol emocional	80.86	33.21	0	100
8. Salud mental	70.56	16.95	0	100
SMP				
1. Satisfacción personal	3.52	0.55	1	4
2. Actitud prosocial	3.37	0.6	1	4
3. Autocontrol	2.88	0.49	1	4
4. Autonomía	3.07	0.54	1	4
5. Resolución de problemas y autoactualización	3.32	0.41	1	4
6. Habilidades de relaciones interpersonales	2.99	0.62	1	4

Tabla 1. Media y desviación estándar de las dimensiones de Percepción de la salud y Salud mental positiva

De acuerdo con los resultados del análisis con la prueba *t* de Student, se muestran diferencias significativas más elevadas en los hombres en las dimensiones salud general, salud mental, ausencia de dolor corporal, vitalidad y rol emocional, respecto de las mujeres (Ver Tabla 2).

Dimensiones de Percepción de la Salud	Grupo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Función física	Hombres	94.48	14.15	0.619	0.497
	Mujeres	93.91	11.44		
Rol físico	Hombres	90.4	23.01	0.212	-1.251
	Mujeres	92.73	19.25		
Dolor corporal	Hombres	78.21	22.8	0.021	2.307
	Mujeres	73.6	23.09		
Salud general	Hombres	74.66	16.54	0	5.584
	Mujeres	66.48	17.1		
Vitalidad	Hombres	69.51	16.28	0.017	2.384
	Mujeres	66.08	16.81		
Función social	Hombres	80.64	20.65	0.141	1.475
	Mujeres	77.96	21.07		
Rol emocional	Hombres	84.66	30.44	0.016	2.415
	Mujeres	77.81	35.03		
Salud mental	Hombres	72.7	16.5	0.009	2.636
	Mujeres	68.85	17.14		

Tabla 2. *t* de Student de diferencias de percepción de la salud según sexo.

Como se puede observar, se obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre la mayoría de las dimensiones de percepción de la salud y SMP. Destaca el hecho de que la dimensión autonomía presenta correlaciones positivas y significativas con todas las dimensiones de percepción de la salud. De igual forma, las dimensiones vitalidad y salud mental presentan correlaciones significativas con todas las dimensiones de SMP (Ver Tabla 3).

Dimensiones de percepción de la salud	Dimensiones de SMP					
	SP	AP	AUC	AUN	RPA	HRI
1. Función física	.113**	-0.018	.174**	.141**	.135**	.102*
2. Rol físico	.106*	0.071	0.037	.097*	-0.018	.117**
3. Dolor corporal	0.067	-0.026	.166**	.156**	0.057	0.045
4. Salud general	.246**	0.028	.316**	.261**	.283**	.157**
5. Vitalidad	.326**	.141**	.330**	.317**	.266**	.206**
6. Función social	.222**	0.04	.268**	.266**	.144**	.164**
7. Rol emocional	.216**	-0.024	.178**	.175**	0.075	.159**
8. Salud mental	.399**	.146**	.472**	.350**	.305**	.272**

Tabla 3. Correlación de *Spearman* entre las dimensiones de Percepción de la Salud y Salud Mental Positiva.

*p=0.05 y **p=0.01.

ST=Satisfacción personal. AP=Actitud prosocial. AUC= Autocontrol. AUN=Autonomía. RPA= Resolución de problemas y autoactualización. HRI= Habilidad de relaciones interpersonales.

5. Conclusiones y discusión

De acuerdo con los resultados, la muestra analizada comparte un alto nivel de percepción de su salud, lo cual es similar con lo que se ha encontrado en otros estudios realizados con jóvenes mexicanos (Zúñiga et al., 1999). Específicamente, los resultados permiten inferir que los adolescentes otorgan mayor importancia a su salud física, lo cual coincide con hallazgos tanto en muestras colombianas (Tuesca-Molina et al., 2008) como en mexicanas (Duran-Arenas et al., 2004). Así mismo, presentan un adecuado nivel de salud mental positiva (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012), por lo que se puede concluir que se trata de un colectivo de adolescentes con una buena percepción de su salud física y psicológica. Es posible que una de las causas por las que los adolescentes reportan este alto grado de bienestar físico, psíquico y social, puede deberse precisamente a factores relacionados con la edad en la que se encuentran y al hecho de que su actividad principal sea ser estudiantes. Debido a que el papel de estos factores sobre la percepción de la salud es interdependiente (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2016), vale la pena tomar

en cuenta estos resultados como base para realizar investigaciones en muestras diversificadas, puesto que además de la edad y el nivel educativo, la cultura también puede influir en la forma de valorar la propia salud.

Respecto a las diferencias según el sexo, las evidencias constatan la persistencia de las discrepancias que se reportan en la percepción de la salud que tienen que ver con el hecho de ser hombre o mujer (Abellán, 2003; Duran-Arenas et al., 2004; Gil, M. y Gil, A. 2007; Vilagut et al., 2005). Las adolescentes manifiestan con mayor frecuencia problemas de salud mental como estados de ánimo depresivos y ansiedad, lo que coincide con lo que expone Tuesca-Molina et al., (2008). En cambio, los adolescentes continúan mostrando mejor percepción de su salud, como se ha encontrado en muestras mexicanas (Zúñiga et al., 1999).

Aunado a lo anterior, es posible que diversos factores socioculturales como menciona Schwartzmann (2003) y de estereotipos sexuales según Díaz-Loving et al., (2015) y Díaz, Rivera y Wolfgang (2012), pueden influir en la evaluación que los individuos realizan de su salud. Particularmente, en la cultura mexicana, rasgos asociados a la fortaleza, la inteligencia y el razonamiento objetivo se atribuyen a los hombres, y la sensibilidad emocional y la intuición a las mujeres. Por lo tanto, es posible que ambos sexos se encuentren condicionados a lo que su cultura dicta o permite expresar relacionado con la salud (Rohlf's et al., 2007; Scott, 1988). En el caso de esta cultura, las mujeres tienen mayor permisividad para expresar estado de ánimo depresivo o de ansiedad, así como problemas de salud física (Friedman, 2011; Tuesca-Molina et al., 2008; Zúñiga et al., 1999), a diferencia de los hombres. Por lo tanto, si bien la evaluación de percepción de la salud permite una valoración integral del individuo, sería conveniente agregar una medida fisiológica, e incluso trabajar con muestras clínicas a fin de fortalecer estos hallazgos, respecto a la diferenciación de la salud en hombres y mujeres.

Los resultados evidencian la estrecha asociación entre percepción de la salud y la SMP tal y como lo confirman diversos autores (Amar, 2008; Mercado et al., 2012). En este sentido, la SMP muestra un papel fundamental en la evaluación que hacen los adolescentes de su salud. Es posible inferir que, en la medida que los adolescentes compartan actitudes positivas, equilibrio emocional y autonomía, obtendrán una mejor percepción de su salud. Desde el enfoque de la

psicología positiva, es fundamental la promoción de factores como, las emociones positivas, la felicidad, la satisfacción con la vida y el optimismo, ya que contribuyen de manera decisiva a la salud, sobre todo durante la adolescencia, ya que si cuentan con estos recursos tendrán la capacidad para enfrentarse de una manera eficaz al ámbito educativo (Chau y Saravia, 2014), así como a las distintas áreas y facetas de su vida.

Si bien, estos hallazgos enriquecen la evidencia empírica de la percepción de la salud en adolescentes mexicanos, esta investigación presenta ciertas limitaciones. Los resultados no se pueden generalizar a toda la población. Sería importante incluir variables sociales y psicológicas, así como muestras diversificadas, para continuar la investigación acerca de los factores asociados a la percepción de la salud, así mismo, agregar una medida de deseabilidad social, y así discernir el por qué las mujeres manifiestan en mayor medida problemas en su salud, incluso en un periodo relativamente saludable como es la adolescencia.

Estas evidencias permiten deducir la necesidad de promover durante la adolescencia la salud mental positiva puesto que presenta un papel decisivo en la percepción de su salud (Amar, 2008; Mercado et al., 2012). Por lo que estos resultados pueden ser la base para continuar con la investigación y promoción de los factores psicológicos asociados a la percepción de la salud de los adolescentes, incluso desde la práctica clínica, ya que pueden contribuir para una utilización adecuada de los recursos sanitarios (Souto, 2012). El entrenamiento de los factores psicológicos positivos y fortalezas de la salud mental, el fomento de la inteligencia emocional y la coeducación en valores, constituyen estrategias formativas con un marcado carácter integrador y relativo al desarrollo psicosocial.

6. Referencias

Abellán, A. (2003): «Percepción del estado de salud», *Revista Gerontología*, 13 (5), 340-342.

Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A.M., y Velásquez, B. (2008): «Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo», *Suma Psicológica*, 15 (2), 385-403. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100003>

Arostegui, M.I. (2008): «Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud, Short Form-36 (SF-36)», *Estadística española*, 50 (167). 147-192.

Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013): «Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología», *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>

Blaxter, M. (1990): *Health and lifestyles*. London, Routledge.

Botero, M.B. E., y Pico, 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>

Burgos, D. P., Ruiz, A. T., Queipo, B. D., Rescalvo, S.F., Martínez, L.M.M., Amo, M.P., y Burgos, D.C. (2012): «Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios», *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58 (226), 27-34.

Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P., y Santos, P. (2007): «Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población Española», *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 883-898. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770>

Chau, C., y Saravia, J.C., (2014): «Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú», *Revista Colombiana de Psicología*, 23 (2), 269-284. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80434236003>

Crossley, T., y Kennedy, S. (2002): «The reliability of self-assessed health status», *Journal of Health Economics*, 21, 643-658. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00007-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00007-3)

Díaz-Loving, R., Saldivar, A., Armenta-Huertate, C., Reyes, N. E., López, F., Moreno, M., Romero, A. y Correa, F. E. (2015): «Creencias y normas en México, una actualización del estudio de las premisas psico-socio-culturales», *Psyche*, 24 (2), 1-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.24.2.880>

Díaz, L. R., Rivera, A. S., y Wolfgang, V. M. P. (2012): «Masculinidad, feminidad y salud mental», *Persona*, 15, 137-156.

Duran-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., y Martínez-Salgado, H. (2004): «Hacia una normativa mexicana en la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36», *Salud Pública de México*, 46 (4), 306-315. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646404>

- Friedman, H. (2011): *Health Psychology Handbook*. Oxford. Oxford Books.
- Fylkesnes, K., y Forde, O. (1992): «Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health», *Social Science and Medicine*, 35, 271-279.
- Gil-Lacruz, M. (2007): *Psicología social aplicada al bienestar*. Zaragoza, Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M., y Gil-Lacruz, A. I (2007): «Percepción de la salud según sexo y edad», *Revista de Ciencias Sociales*, 3-4 (117-118), 183-195. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311813>
- Gil-Lacruz, M., y Gil-Lacruz, A.I. (2016): «Calidad de vida relacionada con la salud, ¿cómo influye el nivel educativo?» *Ponencia de clausura de I International Congress, Health, Education and Quality of Live*. Lérida, GESEC Societat, Salut, Educació i Cultura.
- Girón, P. (2010): *Los determinantes de la salud percibida en España*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Idler E.L., y Benyamini Y. (1997): «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies», *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Lluch, M.T. (1999): «*Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*» (Tesis de Maestría). Barcelona, Universidad de Barcelona.
- Lugo, L.L., García, G.H.I., y Gómez R.C. (2006): «Confiability del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia», *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (2), 37-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024205>
- Mercado, S.D., Madariaga, O.C., y Martínez, G.M. (2012): «Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Tolúviejo, Sucre», *Cultura, educación, sociedad*, 3 (1), 157-174.
- Rohlf, I., Borrell, C., Artazcoz, L., y Escriba-Agüir, V. (2007): «The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys», *Journal of Epidemiology Community Health*, 61 (2), 20-25. DOI:[10.1136/jech.2007.059956](https://doi.org/10.1136/jech.2007.059956)
- Schnittker, J. (2004): «Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health», *Journal of Health and Social Behaviour*, 45, 286-305. DOI: [10.1177/002214650404500304](https://doi.org/10.1177/002214650404500304).

Schwartzmann, L. (2003): «Calidad de vida relacionada con la salud, aspectos conceptuales», *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.

Scott, J. W. (1988): *Gender and the politics of history*. Nueva York, Columbia University Press.

Souto, S. (2012): «*Percepción de la salud, determinantes sociales en la atención primaria*», (Tesis doctoral). Universidad de A Coruña.

Tuesca-Molina, R., Centeno, R.H., Ossa, S.M., García, D.N., y Lobo, L.J. (2008): «Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia)», *Salud Uninorte. Barranquilla*, 24 (1), 53-63. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000100007&lng=es&tlng=es.

Urzúa, M.A. (2010): «Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales», *Revista Medicina Chile*, 138, 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., y Alonso, J. (2005): «El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos», *Gaceta Sanitaria*, 19 (2). 135-50. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.

Wang, J., Smith, W., Cumming, R., y Mitchell, P. (2006): «Variables Determining Perceived Global Health Ranks: Findings from a Population based Study», *Annals Academy of Medicine*, 35, 190-197.

Ware, J. J. y Sherbourne, C. (1992): «The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection», *Medical Care*, 30 (6), 473-483.

Zimmer, Z., Natividad, J., Lin H., y Chayovan, N. (2000): «A Cross-national Examination of the Determinants of Self-assessed Health», *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 465-481.

Zúñiga, M.A., Carrillo, J.G.T., Fos, P.J., Gandek, B., y Medina, M.M.R. (1999): «Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México», *Salud Pública de México*, 41 (2), 110-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000200005>

7.2. CAPÍTULO DE LIBRO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN

7.2.1. TÍTULO DEL CAPÍTULO DE LIBRO: FACTORES PROTECTORES DE LA FELICIDAD EN ADOLESCENTES.

7.2.2. PÁGINA FRONTAL DEL MANUSCRITO

TÍTULO

FACTORES PROTECTORES DE LA FELICIDAD EN ADOLESCENTES FACTORS PROTECTORS OF HAPPINESS IN ADOLESCENTS

Lorena Toribio Pérez ¹. Norma Ivonne González Arratía López Fuentes¹. Hans Oudhof van Barneveld¹. Marta Gil Lacruz².

1. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México.

2. Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza.

Datos de contacto. Calle Independencia, N. 603. Interior 1. Colonia Santa Clara. Toluca. Estado de México, México. Código Postal: 50090. Correo electrónico: toribio_lore@hotmail.com.

7.2.3. CARTA DE ACEPTACIÓN DEL CAPÍTULO DE LIBRO

CNP2017. Notificación del Comité Científico del III Congreso Nacional de Psicología sobre tu propuesta de Libro de Capítulos.



III Congreso Nacional de Psicología <secretaria@oviedo2017.es>



Responder | v

Hoy, 05:37 a.m.

Tú v

Respondiste el 28/09/2017 11:06 a.m..

Estimado/a Lorena Toribio Pérez:

Gracias por hacernos llegar tu propuesta para el **Libro de Capítulos** del **III Congreso Nacional de Psicología**, que tuvo lugar en Oviedo (España) entre los días 3 y 7 de Julio del 2017.

Ya hemos revisado tu documento, y a este Comité le complace anunciarte que tu propuesta de capítulo "*Factores protectores de la felicidad en adolescentes*" ha sido **aceptada**.

El proceso de edición se prolongará unos meses. Una vez finalizado, procederemos a enviarte una galerada de tu propuesta para que nos confirmes tu aprobación de cara a la maquetación final.

Recuerda que para cualquier asunto puedes dirigirte al siguiente mail: congreso@oviedo2017.es

Agradeciendo tu interés y participación en el Congreso, y deseando volver a encontrarte en la próxima edición, se despide atentamente,

José Muñiz
Presidente del Comité Científico

III Congreso Nacional de Psicología
Consejo General de la Psicología
Conde de Peñalver 45, 5ª planta izquierda
28006 Madrid
Tlf.: +34 91 444 90 20 - Fax.: +34 91 309 56 15
Email: secretaria@oviedo2017.es

7.2.4. RESUMEN

El objetivo de la presente investigación, consiste en determinar la incidencia de la autoestima y el optimismo en la felicidad en una muestra de adolescentes. Se trabajó con 533 adolescentes de la ciudad de Toluca, México, hombres (237) y mujeres (296), entre 14 y 20 años de edad ($M=16,3$ $DE=,97$). Se obtuvo autorización por parte del Comité de Ética, así mismo se contó con autorización de las instituciones educativas y con el consentimiento informado de los participantes. Se aplicaron la Escala de Felicidad, Escala de Autoestima y Escala de Optimismo. De acuerdo con los resultados, se obtuvieron altos niveles de felicidad, autoestima y optimismo. Se encontró una correlación positiva y significativa entre las variables. El resultado de la ecuación de regresión múltiple contempla dos pasos. En el primero se incluyó autoestima ($R^2=,632$, $f=913,03$, $p=,000$), en el segundo se agregó optimismo ($R^2=,044$, $f=554,84$, $p=,000$). Ambos permiten predecir la felicidad en un 67,7% de la varianza ($R=,823b$, $R^2=,677$, $f=72,95$, $p=,000$). Se puede concluir que un autoconcepto positivo y mantener actitudes positivas ante el futuro, generan mayor bienestar y felicidad, durante la adolescencia. Se recomienda continuar con la investigación de la felicidad, con la finalidad de ampliar la evidencia científica al respecto.

Abstract

The objective of the present research is to determine the incidence of self-esteem and optimism in happiness in a sample of adolescents. The study consisted of 533 adolescents from the city of Toluca, Mexico, men (237) and women (296), between 14 and 20 years of age ($M = 16.3$ $DS = .97$). Authorization was obtained from the Ethics Committee, as well as authorization from educational institutions and with the informed consent of the participants. The Happiness Scale, Self-esteem Scale and Optimism Scale were applied. According to the results, high levels of happiness, self-esteem and optimism were obtained. A positive and significant correlation was found between the variables. The result of the multiple regression equation contemplates two steps. In the first one, self-esteem ($R^2 = .632$, $f = 913.03$, $p = .000$) was included, while optimism was added ($R^2 = .044$, $f = 554.84$, $p = .000$). Both predict happiness in 67.7% of the variance ($R = .823b$, $R^2 = .677$, $f = 72.95$, $p = .000$). It can be concluded that a positive self-concept and

maintaining positive attitudes towards the future, generate greater well-being and happiness during adolescence. It is recommended to continue the research of happiness, in order to expand the scientific evidence about it.

Palabras claves: Felicidad, autoestima, optimismo, adolescencia.

Key Words: happiness, self-esteem, optimism, adolescence.

7.2.5. APARTADOS DEL ARTÍCULO

Introducción

Las investigaciones en psicología, se habían centrado en el estudio de los trastornos mentales, dejando de lado los aspectos positivos de la salud mental. Actualmente, se propone una psicología positiva, dando pauta a la investigación de las fuentes de salud psicológica y de los factores que permiten a los individuos vivir plenamente, así como obtener sustento científico para poder realizar intervenciones con enfoque positivo, todo ello, sin dejar de lado el estudio de la psicopatología (Seligman, 2012). Por lo tanto, se cuenta con investigaciones centradas en el estudio de variables positivas como el optimismo, los afectos positivos (Vera-Villaruel & Celis-Atenas, 2014) y la felicidad (Alarcón, 2006; Veenhoven, 2009).

La investigación de la felicidad es uno de los objetivos centrales de la psicología positiva. Su definición etimológica (*felicitas-atris*) significa satisfacción o posesión de un bien. Desde la filosofía, se tenía la idea de que el propósito de la vida era experimentar la máxima cantidad de placer (hedonismo) y para filósofos como Aristóteles la felicidad era la plenitud del ser (eudaimonia), expresión de la virtud que consiste en hacer aquello que vale la pena hacer (Alarcón, 2006).

A pesar de su complejidad, se considera que la felicidad, es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado, que puede ser de naturaleza variada, se compone de cuatro dimensiones: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir (Alarcón, 2006). Diener & Biswas (2008) la definen como una evaluación que se hace de que tan satisfecho está con la

vida, tomando en cuenta aspectos emocionales y cognitivos. Veenhoven (2009) la describe como satisfacción vital, diferenciándola de las satisfacciones instantáneas, de las satisfacciones en un solo ámbito de la vida y de las experiencias cumbre (sentimientos breves e intensos). Sugiere que es el grado en el que una persona juzga favorablemente la calidad global de su propia vida como un todo. Una persona es feliz si considera su vida favorable más que desfavorable. El juicio que hace la persona de su felicidad es una actividad intelectual, ya que hacer un juicio global implica evaluar las experiencias pasadas y estimar las experiencias futuras.

Algunos autores reportan que intervienen varios factores en felicidad, que pueden ser de carácter biológico (Seligman, 2012), también se ha encontrado que la edad y el sexo tienen poco efecto en el hecho de que las personas sean felices o no (Yiengprugsawan, Somboonsook, Seubsman & Sleight, 2012), así mismo, Veenhoven (2009) afirma que si bien los ingresos, la educación y el empleo mantienen cierta relación con la felicidad, juntas no explican más del 10% de su variación. En ésta misma línea, ha encontrado que las personas tienden a disfrutar sus vidas una vez que las condiciones son tolerables y que la felicidad es menor cuando se acumulan condiciones adversas, como la pobreza, la soledad y la enfermedad. Al respecto, en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) reportó que las condiciones asociadas a la satisfacción con la vida, se relacionan con no presentar condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

Además de los factores externos, los autores coinciden en que la felicidad se encuentra estrechamente asociada a factores internos, a rasgos de personalidad como la resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2013b), la salud mental (Ahmani, Yazdkhasti, Safari & Nasr, 2014), la autoestima y el optimismo (Vera-Villaroel, Córdova-Rubio & Celis-Atenas, 2009). Respecto a la autoestima, algunas investigaciones en muestras españolas (Garaigordobil, 2015; Moreno & Marrero, 2015), en jóvenes turcos (Dogan, Totan & Sapmaz, 2013) y griegos (Tsigilis, 2015), así como en mexicanos (Núñez, González & Realpozo, 2015; Toribio, González-Arratia, Valdéz, González & Oudhof, 2012a) confirman la incidencia de la autoestima en la felicidad. Se sugiere que en esta relación destaca la importancia del autoconcepto positivo (Coopersmith, 1967, citado en González-Arratia, 2011).

En cuanto al optimismo, se define como un rasgo de personalidad relativamente estable en el tiempo, se caracteriza por el mantenimiento de una actitud positiva ante las expectativas del futuro y persistir en lograrlas (Carver, Scheier & Segerstrom, 2014; Scheier & Carver, 1985), y puede ser disposicional y situacional (González-Arratia & Valdez, 2013a). Varios estudios coinciden en que las personas con actitudes optimistas presentan una probabilidad elevada de ser felices (Hutz, Midgett, Cerentini, Bastianello & Zanon, 2014; Jiang et al., 2014; Vera-Villaroel et al., 2009). Además permite resolver hábilmente situaciones conflictivas (Chico, 2002). Moreno & Marrero (2015) encontraron que el optimismo incide alrededor del 30% en la felicidad, así mismo, un estudio realizado en adolescentes peruanos, muestra que existe una relación significativa con el optimismo (Caycho & Castañeda, 2015).

A pesar de estos avances científicos, son escasas las investigaciones que tomen en cuenta la autoestima y el optimismo en conjunto, para determinar su efecto sobre la felicidad (Moreno & Marrero, 2015; Toribio et al., 2012a). Por lo que el objetivo de la presente investigación consiste en determinar la incidencia de la autoestima y el optimismo en la felicidad, en adolescentes mexicanos.

Método

Participantes

La investigación se llevó a cabo en una muestra de 533 adolescentes entre 14 y 20 años de edad, 44,4% fueron hombres (237) y un 55,6% mujeres (296). La media de edad fue de 16 años y la desviación típica de un año. Los participantes se encontraban estudiando en diferentes instituciones públicas de educación media superior de la ciudad de Toluca (México).

Materiales

Se aplicaron tres escalas:

1. Escala de Felicidad (Alarcón, 2006), adaptada para población mexicana (Toribio, González-Arratia, Valdéz, González & Oudhof, 2012b) consta de 26 ítems contruidos en escala de tipo Likert de cinco opciones de respuesta; (*totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo*). Al extremo *positivo* se le otorga cinco

puntos y al extremo *negativo* un punto. Los ítems negativos se califican de manera inversa (2, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25). Se compone de cuatro dimensiones; sentido positivo de la vida (10 ítems), satisfacción con la vida (6 ítems), realización personal (5 ítems) y alegría de vivir (5 ítems). Reporta un *Alpha de Cronbach* de ,917 y una varianza explicada de 50,32% (Toribio et al., 2012b).

2. Escala de autoestima (González-Arratia, 2011), se compone de 25 reactivos, con cuatro tipos de respuesta: *siempre*, *muchas veces*, *pocas veces* y *nunca*. Los ítems *negativos* se califican de forma inversa (3, 5, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 25). Está integrada por 6 factores; yo (5 ítems), familia (5 ítems), fracaso (5 ítems), trabajo intelectual (4 ítems), éxito (3 ítems) y afectivo-emocional (3 ítems). El *Alpha de Cronbach* de ,874 y la varianza explicada de 62,3% (Toribio et al., 2012b).

3. Escala de Optimismo (González-Arratia & Valdez, 2013a): contiene 39 reactivos, con cinco tipos de respuesta: *siempre*, *la mayoría de las veces*, *indeciso*, *algunas veces* y *nunca*, se otorga 1 punto a las respuestas *negativas* y 5 a las *positivas*. Presenta dos dimensiones; optimismo disposicional (28 ítems) y optimismo situacional (11 ítems), con un *alpha de Cronbach* de ,94 y una varianza explicada de 33,85% (Toribio et al., 2012b).

Procedimiento

En primer lugar se obtuvo la aprobación del Comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México, el consentimiento y asentimiento informado de los adolescentes participantes y de los padres respectivamente. Se consiguió permiso de las autoridades institucionales para aplicar las escalas. Se les explicó a los participantes la forma de responder los cuestionarios. Las dudas que surgieron se aclararon en el momento, por parte de los investigadores. Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de forma grupal, durante el horario lectivo y en el aula de los estudiantes, en un tiempo aproximado de cuarenta minutos.

Diseño

Esta investigación es de tipo empírica con estrategia descriptiva de corte transversal (Ato, López & Benavente, 2013). La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los análisis estadísticos se realizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias

Sociales (SPSS) versión 23,0. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, análisis de correlación y análisis de regresión múltiple.

Resultados

En cuanto a los resultados descriptivos, referente a la variable felicidad, se obtuvo que el 47,7% de la muestra se encuentra en un nivel de *muy alta* felicidad, mientras que solo el 1,7% está en un *nivel bajo*. El 55,9% de la muestra obtuvo *muy alta* autoestima, mientras que solo el 1,1% *baja*. En la variable optimismo, se observa que el 45,8% de la muestra se encuentra en *nivel alto* y solo el 1,30% presentan un optimismo *bajo* (Ver Tabla 1).

Tabla 1.
Nivel de felicidad, autoestima y optimismo

<i>Variables</i>	<i>Niveles</i>	<i>Rangos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Felicidad</i>	<i>Muy baja</i>	26-47	2	,40%
	<i>Baja</i>	48-68	9	1,70%
	<i>Media</i>	69-89	57	10,70%
	<i>Alta</i>	90-110	211	39,60%
	<i>Muy alta</i>	111-131	254	47,70%
	N		533	100%
<i>Autoestima</i>	<i>Muy baja</i>	25-40	1	,20%
	<i>Baja</i>	41-55	6	1,10%
	<i>Media</i>	56-76	36	6,80%
	<i>Alta</i>	77-85	192	36,00%
	<i>Muy alta</i>	86-100	298	55,90%
	N		533	100%
<i>Optimismo</i>	<i>Muy bajo</i>	39-70	2	,40%
	<i>Bajo</i>	71-102	7	1,30%
	<i>Medio</i>	103-134	59	11,10%
	<i>Alto</i>	135-166	244	45,80%
	<i>Muy alto</i>	167-198	221	41,50%
	N		533	100

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En el análisis de correlación, se encontraron correlaciones altas, positivas y significativas, entre felicidad y autoestima ($r=,795^{**}$, $p < ,01$), entre felicidad y optimismo ($r=,721^{**}$, $p < ,01$). Así como entre autoestima con optimismo ($r=,724^{**}$, $p < ,01$). De igual forma, se obtuvieron correlaciones significativas entre las dimensiones de las tres variables en estudio (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Correlación de Pearson entre las dimensiones de felicidad, autoestima y optimismo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Sentido Positivo de la vida	1										
2.S.con la vida	,635**	1									
3.R. Personal	,569**	,724**	1								
4.Alegría de vivir	,632**	,650**	,540**	1							
5.Yo	,603**	,664**	,568**	,615**	1						
6.Familia	,443**	,466**	,413**	,352**	,449**	1					
7.Fracaso	,690**	,539**	,497**	,518**	,630**	,405**	1				
8.Trabajo Intelectual	,430**	,433**	,430**	,408**	,499**	,366**	,434**	1			
9.Éxito	,454**	,486**	,448**	,451**	,515**	,331**	,475**	,646**	1		
10.Afectivo-emocional	,672**	,471**	,432**	,483**	,531**	,431**	,729**	,339**	,361**	1	
11.O. disposicional	,611**	,636**	,547**	,703**	,680**	,422**	,518**	,612**	,577**	,449**	1
12. O. Situacional	,516**	,564**	,479**	,630**	,619**	,395**	,475**	,527**	,544**	,412**	,862**

Nota. Fuente: Elaboración propia.

1. Sentido positivo de la vida. 2. Satisfacción con la vida. 3. Realización personal. 4. Alegría de vivir. 5. Yo. 6. Familia. 7. Fracaso. 8. Trabajo Intelectual. 9. Éxito. 10. Afectivo-Emocional. 11. Optimismo disposicional. 12. Optimismo Situacional.

** $p < ,01$.

Con el objetivo de determinar de qué manera la autoestima y el optimismo inciden en la felicidad, en primer lugar se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple por pasos en el que se incorporó a la felicidad como variable dependiente y los totales de autoestima y optimismo como variables independientes. La ecuación de regresión contempla dos pasos. En el primero se incluyó la variable autoestima ($R^2=,632$, $f=913,03$, $p=,000$) y en el segundo se agregó el optimismo ($R^2=,044$, $f=554,84$, $p=,000$). Ambas permiten predecir la felicidad en un 67,7% de la varianza total ($R=,823$, $R^2=,677$, $f=72,95$, $p=,000$) (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

Análisis de regresión múltiple para felicidad, con los totales de autoestima y optimismo.

Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	Cambios de <i>R</i> ²	Coefficiente <i>B</i>	Coefficiente β	<i>T</i>	<i>f</i>	(<i>p</i>)
1	,795	,632	,632	,632	1,188	,795	30,216	913,03	,000
2	,823	,677	,676	,044	,205	,306	8,541	72,95	,000

Nota: Fuente: Elaboración Propia.

Modelo 1. Predictores constantes. Autoestima.

Modelo 2. Predictores constantes. Autoestima, optimismo.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión múltiple por el método por pasos, en el que se incorporó la felicidad como variable dependiente y en este caso a las dimensiones de autoestima (yo, familia, fracaso, trabajo intelectual, éxito y afectivo-emocional), como variables independientes. La ecuación de regresión se compone de cinco pasos. En el primero se incluyó la dimensión yo ($R^2=,515$, $f=563,04$, $p=,000$), en el segundo se agregó afectivo-emocional ($R^2=,092$, $f=408,86$, $p=,000$), en el tercero, éxito ($R^2=,026$, $f=304,0$, $p=,000$), en el cuarto, fracaso ($R^2=,014$, $f=242,62$, $p=,000$), y por último familia ($R^2=,011$, $f=203,66$, $p=,000$). Todas permiten predecir la felicidad en un 65,6% de la varianza total ($R=,812$, $R^2=,659$, $f=203,66$, $p=,000$) (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Análisis de regresión múltiple por pasos para felicidad, con dimensiones de autoestima.

Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	Cambios de <i>R</i> ²	Coefficiente <i>B</i>	Coefficiente β	<i>T</i>	<i>f</i>	(<i>p</i>)
1	,717	,515	,514	,515	19,647	,717	23,729	563,049	,000
2	,779	,607	,605	,092	10,696	,358	11,141	124,128	,000
3	,796	,633	,631	,026	5,518	,190	6,145	37,759	,000
4	,805	,648	,645	,015	6,055	,119	4,693	22,023	,000
5	,812	,659	,656	,011	3,112	,124	4,184	17,504	,000

Nota: Fuente: Elaboración Propia.

Modelo 1. Predictores constantes. Yo.

Modelo 2. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional.

Modelo 3. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional, éxito.

Modelo 4. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional, éxito, fracaso.

Modelo 5. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional, éxito, fracaso, familia.

Por último se llevó a cabo un análisis de regresión, en el que se incluyó nuevamente a la felicidad como variable dependiente y las dimensiones de optimismo (optimismo situacional y optimismo disposicional) como variables independientes. La ecuación de regresión es de un paso. En el cual se incluyó la variable optimismo disposicional, que predice la felicidad en un 53,1% de la varianza ($R^2=,531$, $f=602,19$, $p=,000$) (Ver Tabla 5).

Tabla 5.

Análisis de regresión múltiple por pasos para felicidad, con dimensiones de optimismo.

Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	Cambios de <i>R</i> ²	Coefficiente <i>B</i>	Coefficiente β	<i>T</i>	<i>f</i>	(<i>p</i>)
1	,729	,531	,531	,531	19,430	,729	24,540	602,196	,000

Nota: Fuente: Elaboración Propia.

Modelo 1. Predictores constantes. Optimismo disposicional.

Discusión

Los resultados encontrados, permiten inferir que los adolescentes de esta muestra presentan altos niveles de felicidad, autoestima y optimismo. Estas evidencias coinciden con estudios anteriores realizados en muestras mexicanas (González-Arratia & Valdez, 2013a; González-Arratia & Valdez, 2013b; Núñez et al., 2015; Toribio et al., 2012), así mismo, algunos autores mencionan que la felicidad no depende de la edad (Veenhoven, 2009), por lo que se puede decir que los adolescentes, se encuentran en una etapa en la que tienen metas por cumplir y creen en que pueden lograrlo, estas actitudes de optimismo y seguridad, les permite sentirse satisfechos con lo que hacen.

El primer análisis de regresión múltiple por pasos, demuestra que la autoestima predice la felicidad (Dogan et al., 2013; Garaigordobil, 2015; Núñez et al., 2015; Tsigilis, 2015). Sin embargo, son escasas las evidencias acerca de esta incidencia en conjunto con el optimismo (Moreno & Marrero 2015). Cuando se hace el análisis para conocer como inciden las dimensiones de autoestima, se excluye trabajo intelectual. En este sentido la dimensión que mayormente predice la felicidad es el Yo, en un 51,4%, a diferencia de estudios anteriores donde se reporta en primer lugar el hecho de no fracasar (44,5%) y en segundo lugar al Yo (Toribio et al., 2012), lo cual puede deberse a las diferencias culturales. Se puede afirmar que durante la adolescencia necesitan en primer lugar confiar en sí mismos y sobre todo tener un autoconcepto positivo (Yo) (González-Arratia, 2011), sentirse queridos por las personas significativas (afectivo-emocional), lograr sus objetivos y al final sentirse parte importante de la familia a la que pertenecen, para poder ser felices. Así mismo, estas características positivas, permiten a los adolescentes tener la capacidad de afrontar situaciones adversas de forma eficiente (González-Arratia & Valdez, 2013b).

En cuanto al análisis de regresión con optimismo, varios autores (Carver et al., 2014; Jiang et al., 2014; Moreno & Marrero; 2015) confirman los hallazgos de esta investigación. Específicamente, el optimismo disposicional predice la felicidad en un 53,1%, lo que es similar con estudios anteriores donde se reportó 46,2% (Toribio et al., 2012). Por lo que se puede decir que durante la adolescencia es importante mantener una actitud positiva estable en el tiempo. Es posible que la formación de expectativas hacia el futuro, les permita tener un sentido positivo

de la vida, ya que mientras logran sus metas de vida, se sienten satisfechos con lo que hacen para conseguirlo. A pesar de lo anterior, siguen siendo escasos los estudios que analicen el efecto de la autoestima y el optimismo, en la felicidad, sin embargo, se sugiere continuar indagando al respecto, a fin de precisar estos datos. Si bien se tienen evidencias de su asociación (Caycho & Castañeda, 2015; Hutz et al., 2014) se recomienda realizar estudios de tipo explicativo.

Conclusiones

Los hallazgos de la presente investigación, resultan relevantes ya que permiten enriquecer la evidencia acerca de las variables asociadas a la felicidad, en muestras mexicanas. A pesar de que se obtuvieron resultados consistentes, hay que tener en cuenta ciertas limitaciones, ya que se trabajó con una muestra no probabilística, por lo que no se pueden generalizar a toda la población. Además sería importante generar nuevas líneas de investigación, que incluyan otras variables que pudieran estar asociadas a la felicidad, como la resiliencia, las fortalezas y virtudes, los afectos y rasgos de la personalidad. Se sugiere tomar en consideración la promoción de la autoestima y el optimismo para fomentar el bienestar y satisfacción con la vida, durante la adolescencia.

Referencias Bibliográficas

- Ahmadi, F., S., H., Yazdkhasti, F., Safari, H., S. & Nasr, E., M., H., (2014). Infertile Individuals' Marital Relationship Status, Happiness, and Mental Health: A Causal Model. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8 (3), 315-324.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, (1), 96-106.
- Ato, M. López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059.
- Carver, CH., S. Scheier, M., F., & Segerstrom, S. C. (2014). Optimism. *Clin Psychol Rev*, 30 (7), 879-889.
- Caycho, R., T. & Castañeda, M., C. (2015). Felicidad y optimismo en adolescentes y jóvenes peruanos y paraguayos: un estudio predictivo. *Salud y sociedad*, 6 (3), 250-263.

- Chico, L. E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Diener, E., & Biswas, R. (2008). *Happiness. Unlocking the Mysteries of psychological wealth*. E.U.A.: Blackwel Publishing.
- Dogan, T., Totan, T. & Sapmaz, F. (2013). The role of self-esteem, psychological well - being, emotional self - efficacy, and affect balance on happiness: a path model. *European Scientific Journal*, 9 (20), 31-42.
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology*, 6.
- González Arratia, L.F.N.I. (2011). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. 2^{da} edición. México. UAEM.
- González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013a). Optimismo; Validación de una escala para adolescentes mexicanos. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2 (1). 121-130.
- González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013b). Resiliencia y Felicidad, el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología*, 9, (16), 43-53.
- Hutz, C. S., Midgett, A., Cerentini, J. P., Bastianello, M. R., & Zanon, C. (2014). The Relationship of Hope, Optimism, Self-Esteem, Subjective Well-Being, and Personality in Brazilians and Americans. *Psychology*, 5, 523-531.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Indicadores de Bienestar Subjetivo de la población adulta en México.
- Jiang, W. Li, F., Jiang, H., Yu, L., Liu, W., Li, Q. & Zuo, L. (2014). Core Self-Evaluations Mediate the Associations of Dispositional Optimism and Life Satisfaction. *Plos, ONE*, 9 (6), Doi:10.1371/journal.pone.0097752
- Moreno, Y. & Marrero, R., J. (2015). Optimismo y autoestima como predictores de bienestar personal: diferencias de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 32 (1), 27-36.
- Núñez, M., González, G. & Realpozo, R. (2015). Relación de autoestima y felicidad desde la psicología positiva en estudiantes de enfermería intercultural. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19726>

- Scheier M.F. & Carver C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Byblos
- Toribio. P.L, González Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M. J.L.; González, E. S. & Oudhof, V. B. H. (2012a). *Autoestima, Optimismo, y personalidad entrópica, como predictoras de la felicidad en adolescentes*. Tesis inédita de maestría. UAEM. Toluca, Estado de México.
- Toribio. P.L, González Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M. J.L.; González, E. S. & Oudhof, V. B. H. (2012b). Validación de la escala de felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología iberoamericana*. 20 (1).71-79.
- Tsigilis, N. (2015). Does Self-Esteem Mediates the association Between personality traits and happiness? A structural Equation Modeling Approach. *Journal of Social Science Studies*. 2 (2). 102-106.
- Veenhoven, R. (2009). Medidas de la Felicidad Nacional Bruta. *Psychosocial Intervention*. 18 (3), 279-299.
- Vera-Villarroel, P. & Celis-atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*. 13 (3), 15-23.
- Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. & Celis-Atenas, K. (2009). Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (1), 21-30.
- Yiengprugsawan, V., Somboonsook, B., Seubsman, S., & Sleight, A. C. (2012). Happiness, Mental Health, and Socio-Demographic Associations Among a National Cohort of Thai Adults. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1019-1029.

7.3. ARTÍCULO ENVIADO.

7.3.1. TÍTULO DEL ARTÍCULO ENVIADO: EVIDENCIAS DE VALIDEZ DE LA ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA EN ADOLESCENTES MEXICANOS

7.3.2. PÁGINA FRONTAL DEL MANUSCRITO

Evidencias de Validez de la Escala de Salud Mental Positiva en adolescentes mexicanos

Validez de la Escala de Salud Mental Positiva

Evidence of Validity of Positive Mental Health Scale in Mexican adolescents

Validity of Positive Mental Health Scale

Lorena Toribio Pérez. toribio_lore@hotmail.com^a Calle Independencia, 603, Interior 1. Colonia Santa Clara, Toluca, C.P. 50090. Estado de México. México.

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes. nigalf@yahoo.com.mx^a

Hans Oudhof Van Barneveld. hansovb@hotmail.com^a

Marta Gil Lacruz. mglacruz@unizar.es^b

Miguel Cañete Lairla. mcanete@unizar.es^b

^a Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Calle Filiberto Gómez S/N, Km 1.5. Carretera Toluca-Naucalpan, Colonia Guadalupe. C.P. 50110. Teléfono: 72227200 y 7222721518. Toluca Estado de México. México.

^b Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Calle Dr. Cerrada, 1-5. C.P. 50005. Teléfono: 976761000. Zaragoza, España.

*Autor responsable para las comunicaciones.

7.3.3. Carta de recepción del artículo enviado.



Vol XXV. N°II. 2016

REVISTA ARGENTINA DE
CLÍNICA PSICOLÓGICA

Números & Artículos ▾

Autores ▾

Guía Para Autores

Enviar Trabajos

Seguimiento De Trabajos

Sobre La Revista ▾

Suscripciones

Contacto

Enviar Trabajos

Apreciado/a Sr/a. Lorena Toribio Pérez:

Tengo el agrado de informarle que su trabajo **Evidencias de Validez de la Escala de Salud Mental Positiva en adolescentes mexicanos** por *Lorena Toribio Pérez Norma Ivonne González Arratia López Fuentes Hans Oudhof Van Barneveld Marta Gil Lacruz Miguel Cañete Lairla* ha sido recibido para su evaluación y eventual publicación en la revista. Ni bien el trabajo sea remitido a un revisor, usted recibirá un código para realizar el seguimiento del mismo durante todo el proceso de evaluación.

Un cordial saludo,



Fernando García
Editor
Revista Argentina de Clínica Psicológica
E-mail: racp@aigle.org.ar

7.3.4. RESUMEN

El objetivo de ésta investigación es obtener evidencias de validez de la Escala de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999) en adolescentes mexicanos. La muestra estuvo compuesta por 533 adolescentes de la Ciudad de Toluca, estudiantes de nivel medio superior, hombres (44.4%) y mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años de edad ($M=16.3$ $DS=.97$). Se aplicaron la Escala de Salud Mental Positiva, Escala de Felicidad, Escala de Autoestima, Cuestionario de Optimismo y Cuestionario de Depresión de Beck. El análisis factorial exploratorio indica una varianza explicada de 45.43% y un alfa de Cronbach de .886. Se obtuvo validez externa con felicidad, autoestima, optimismo y depresión. La escala de salud mental positiva, presenta propiedades psicométricas adecuadas para muestras de adolescentes mexicanos.

7.3.5. APARTADOS DEL ARTÍCULO

Introducción

En mayo de 2012, la 65 Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre el reto que supone la salud mental y la necesidad de abordarla desde una respuesta integral y coordinada basada no solo en un enfoque biomédico o patológico. El desarrollo de la salud mental, como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), implica que el individuo se dé cuenta de sus propias aptitudes, pueda afrontar las presiones normales de la vida, pueda trabajar productivamente y sea capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental positiva se considera un estado de bienestar que se caracteriza por la presencia de un mayor número de sentimientos, pensamientos y acciones positivas y una combinación de factores como la autoestima, la actitud prosocial, autocontrol, autonomía, autoactualización y capacidad de resolver problemas (Jahoda, 1958). Por lo que, atender la salud mental requiere considerar también los recursos y fortalezas de las personas, que la psicología positiva reivindica como objeto de estudio e intervención (Jahoda, 1958; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Ante esta prioridad de la salud pública, ya se dispone de estrategias operativas para diagnosticar la salud mental positiva. Prueba de ello es el cuestionario de Salud Mental Positiva desarrollado por Lluch (1999), el cual está basado en el modelo teórico propuesto por Jahoda (1958).

Debido a su validez y confiabilidad, la escala de Lluch (1999) ha sido aplicada en diversas poblaciones; en niños (Amar et al., 2008); adolescentes (Mercado, Madariaga & Martínez, 2012), estudiantes universitarios (Anicama et al., 2012; Barradas, Sánchez, Guzmán & Balderrama, 2012; Castillo-Laguna & Amador-Velázquez, 2014; Londoño, 2009; Medina, Irida, Martínez & Cardona, 2012, Sequeira et al., 2014) y adultos (González, Astudillo & Hurtado, 2012; Martínez et al., 2014; Orellana et al., 2012), para medir salud mental positiva.

La aplicación de la escala arroja resultados positivos en distintos países como Portugal y en el contexto latinoamericano, ya que ha facilitado obtener índices de la salud mental positiva. Estos resultados han permitido iniciar una nueva línea de investigación basada en evaluar sus propiedades psicométricas. Por ejemplo, Sequeira et al. (2014) evaluaron las propiedades psicométricas de la escala, en una muestra de estudiantes portugueses, para lo cual realizaron una adaptación de la escala a través de un análisis de contenido, y obtuvieron la validez de constructo con el análisis factorial exploratorio, reportando una varianza explicada de 51.6%.

Desde el contexto latinoamericano, González et al., (2012) en un estudio que realizaron en una muestra de adultos colombianos mostraron una fiabilidad de la escala de .872, pero no indicaron datos de validez, a diferencia de, Martínez et al., (2014) quienes en una muestra de adultos mexicanos, reportaron una fiabilidad de .862 y una varianza explicada de 43.4%.

Además de los estudios de validez de constructo, con el análisis factorial exploratorio y análisis de fiabilidad, se ha encontrado que las dimensiones de salud mental positiva que mide esta escala se correlacionan con algunas variables positivas, como: la calidad de vida (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012), el apoyo social percibido (González et al., 2012), la autoeficacia (Anicama et al., 2012) y el bienestar psicológico (Sequeira et al, 2014).

La literatura científica, aporta evidencia empírica con otros cuestionarios sobre la asociación entre salud mental y variables como: la felicidad, que implica tener satisfacción con la vida y expresar emociones positivas (Góngora & Casullo, 2009; Sasanpour, Khodabakhshi & Nooryan, 2012; Yiengprugsawan, Somboonsook, Seubsman & Sleight 2012). Del mismo modo, la salud mental es protegida por la autoestima y el optimismo, que son aspectos significativos

que permiten desarrollar una personalidad sana, favorecen la adopción de comportamientos más eficaces encaminados a alcanzar el estado de salud deseado y a afrontar adversidades (Góngora & Casullo, 2009; González-Arratia & Valdez, 2013; Londoño 2009; Patton et al., 2011; Pérez, Maldonado, Aguilar & Acosta, 2013). Desde una perspectiva complementaria, la salud mental se relaciona de modo inverso con variables como la depresión (Manjunath & Kulkarni, 2013; Perales, Sog & Morales 2003).

El análisis de estos antecedentes, permite inferir la necesidad de investigaciones que comprueben la validez de la Escala de Salud Mental Positiva con dichas variables predictivas y con grupos específicos (Lluch, 1999). En este sentido, aun cuando se ha confirmado, que la felicidad, autoestima y optimismo son aspectos necesarios durante la adolescencia (González-Arratia & Valdez, 2013; Londoño, 2009; Patton et al., 2011) y se correlacionan significativamente (Mustaca, Kamenetzky & Vera, 2010), son escasos los estudios que integran estas variables en su conjunto, como factores protectores de la salud mental positiva.

En este colectivo, sería especialmente interesante su estudio, por el momento vital en que se encuentran, caracterizado por los procesos de identidad y socialización. Es por ello, que la presente investigación tiene como objetivo obtener evidencias de validez y confiabilidad de la Escala de Salud Mental Positiva, en adolescentes mexicanos.

Metodología

Participantes

La investigación se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional con adolescentes mexicanos procedentes de la Ciudad de Toluca (Capital del Estado de México). Toluca es una ciudad en expansión situada a 66 Km. de la Ciudad de México. Constituye un núcleo donde destaca su función administrativa e industrial. La muestra está compuesta por un total de 533 adolescentes, de clase media, 237 varones (44.4%) y 296 mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años de edad, ($M=16.3$ $DS=.97$), estudiantes del nivel medio superior, de segundo (32.8%), cuarto (15%), quinto (39.4%) y sexto semestre (12.8%) del turno matutino, de cinco escuelas públicas.

Instrumentos

El instrumento que se aplicó se compone de las siguientes escalas:

1. Escala de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999): consta de 39 reactivos, que tienen que ver con la manera de pensar, sentir y actuar, contruidos en escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: (siempre, con bastante frecuencia, con poca frecuencia y nunca). Al extremo positivo se le otorgan cuatro puntos y al extremo negativo un punto. Consta de 6 dimensiones: 1. Satisfacción personal (8 ítems); 2. Actitud prosocial (5 ítems); 3. Autocontrol (5 ítems) 4. Autonomía (5 ítems); 5. Resolución de problemas y autoactualización (9 ítems) y 6. Habilidades de relación interpersonal (7 ítems). Lluch (1999) en su versión original reporta un alpha de Cronbach de 0.70 y una varianza explicada de 46.8%.

2. Escala de Felicidad; (Alarcón, 2006), adaptada para población mexicana por Toribio, González-Arratia, Valdez, González & Oudhof (comunicación personal, enero-junio, 2012): contiene 26 ítems contruidos en escala de tipo Likert de cinco alternativas de respuesta; (totalmente de acuerdo, acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Al extremo positivo se le otorga cinco puntos y al extremo negativo un punto. Los ítems negativos se califican de manera inversa (2, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25). Tiene cuatro dimensiones; sentido positivo de la vida (10 ítems), satisfacción con la vida (6 ítems), realización personal (5 ítems) y alegría de vivir (5 ítems). Reporta un Alpha de Cronbach de 0.917 y una varianza explicada de 50.32% en adolescentes (Toribio et al., 2012).

3. Escala de autoestima: (González-Arratia, 2011), está compuesta por 25 reactivos, con cuatro tipos de respuesta: (Siempre, muchas veces, pocas veces y nunca). Los ítems negativos se califican de forma inversa (3, 5, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 25). Las puntuaciones de los niveles de autoestima son: 25-40: muy baja autoestima; 41-55: baja; 56-70: promedio; 71-85: alta; 86-100: muy alta. Está integrada por 6 factores; yo (5 ítems), familia (5 ítems), fracaso (5 ítems), trabajo intelectual (4 ítems), éxito (3 ítems) y afectivo-emocional (3 ítems), tiene un Alpha de Cronbach de 0.874 y una varianza explicada de 62.3% (comunicación personal, enero-junio, 2012).

4. Escala de Optimismo (González Arratia & Valdez, 2013): consta de 39 reactivos, con cinco modalidades de respuesta, (siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca);

se otorga 1 punto a las respuestas negativas y 5 a las positivas. Dos dimensiones; optimismo disposicional (28 ítems) y optimismo situacional (11 ítems), presentan un alpha de Cronbach de 0.94 y una varianza explicada de 33.85% (comunicación personal, enero-junio, 2012).

5. Escala de depresión: se aplicó el inventario de Depresión de Beck, versión revisada (BDI-IA) (Beck et al., 1988). (*Alfa de Cronbach*=.92, *Varianza explicada*=45.14%) (Beltrán et al., 2012), consta de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro 4 opciones de respuestas, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, cuanto mayor es el puntaje mayor es el nivel de depresión. La puntuación total resultante tiene un rango entre 0 y 63. Contiene dos dimensiones: dimensión cognitivo afectiva: los ítems integran síntomas derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, los cuales conforma la triada cognitiva que opera como sustrato psicológico de la depresión: la visión negativa de uno mismo, la interpretación de las vivencias actuales en forma negativa y la visión negativa del futuro. Consta de 16 ítems (del 1 al 15, y el 17). Dimensión somática: los ítems forman parte de los componentes emocionales de ansiedad fisiológica y conductual que suelen acompañar a los trastornos psicológicos, contiene 5 ítems (16, 18, 19, 20 y 21). Los autores de la escala (Beck et al., 1988), establecieron las siguientes puntuaciones: de 0 a 13 indican ausencia de depresión o síntomas mínimos, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 moderada y de 29 a 63 severa.

Procedimiento

Previa aprobación del Comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México, se realizó una adaptación de la escala de salud mental positiva, para lo cual un grupo de jueces expertos realizó una evaluación de la relevancia, suficiencia, pertinencia y claridad de los ítems (Escobar & Cuervo, 2008; Carretero-Dios & Pérez, 2005). Se prestó especial atención al hecho de que la redacción final fuese equivalente al lenguaje de la cultura mexicana (Chahín-Pinzón, 2014; He & Van de Vijver 2012). A partir de esto, solo fue necesaria la adaptación de un ítem: “me considero un buen psicólogo”; cambió a: “me considero un buen amigo/a”.

Una vez hecha esta adaptación, se llevó a cabo una prueba piloto para comprobar la comprensión del instrumento; se aplicó en una muestra no probabilística de tipo intencional compuesta por 121 adolescentes estudiantes de nivel medio superior de la Zona Metropolitana de Toluca,

hombres (56) y mujeres (65), entre 14 y 20 años de edad ($M=16.8$ $DS.47$). Para la aplicación se consiguió el consentimiento informado por parte de los padres, se informó a los participantes que la información sería anónima y confidencial y que su participación era voluntaria. Se contó con el apoyo por parte de los profesores de las instituciones donde se llevó a cabo la investigación, ya que las aplicaciones se realizaron durante el horario escolar. Posteriormente, se procedió a la aplicación de los cuestionarios en forma grupal, en un tiempo aproximado de 40 minutos, en las aulas de clase.

Las respuestas de los sujetos indicaron que se habían comprendido todos y cada uno de los reactivos. Tras esta fase, se llevó a cabo la aplicación del mismo a la muestra total, tomando en cuenta las mismas condiciones éticas que se consideraron en la aplicación piloto.

Análisis estadísticos

Esta investigación es de tipo instrumental (Ato, López & Benavente, 2013; Montero & León 2007) de corte transversal (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006). Con el objetivo de medir la consistencia interna de la escala, se calculó el alfa de Cronbach. Para establecer una estructura subyacente de la escala de salud mental positiva, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE). Para lo cual se obtuvo previamente el índice de Kaiser- Meyer Olkin, (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlet (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Lloret-Segura, Ferreres-Traves, Hernández-Baeza & Tomas-Marco, 2014; Méndez & Rondón, 2012; Pérez & Medrano, 2010). Se seleccionó el método de componentes principales para la extracción de los nuevos factores y el número de factores por extraer se hizo con el criterio del porcentaje de varianza. La interpretación de factores se hizo con rotación oblim, dado que se parte de que los factores están interrelacionados (Luch, 1999).

Se realizó un análisis de asociación con la prueba de r de Pearson, entre las dimensiones de la escala de salud mental positiva, y entre salud mental positiva y los totales de las escalas de felicidad, autoestima, optimismo y depresión, para obtener evidencias de validez de la escala con un criterio externo (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Las pruebas utilizadas para éste tipo de validez, ya han sido validadas previamente en muestras mexicanas. Los análisis de datos se llevaron a cabo en el SPSS 23.

Resultados

Para los análisis de fiabilidad, con 39 reactivos se obtuvo una consistencia interna de .881. Resultando dos ítems por arriba de éste valor (25=0.883) y (30=0.882), sin embargo, no se eliminaron de la escala ya que los dos valores no fueron muy superiores al puntaje total. Posteriormente con los reactivos obtenidos en el análisis factorial exploratorio se obtuvo un alfa de Cronbach con 33 reactivos de .886. Los coeficientes alfa por dimensiones se encuentran entre .599 a .791.

Para la validez factorial, se realizaron las pruebas previas para averiguar la idoneidad del análisis. El índice *KMO* fue satisfactorio (.870 $p=0.000$) y se obtuvo un grado de correlación significativo entre las variables de la escala de acuerdo con la prueba de esfericidad de Barlett de 5971.442 ($p=0.000$). Una vez comprobado el criterio de correlación entre las variables (Méndez & Rondón, 2012), se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio, siguiendo los mismos criterios que la autora de la escala (Lluch, 1999); con el método de componentes principales y rotación oblim, un criterio de pesos factoriales iguales o mayores a 0.40 (Lloret-Segura et al., 2014) y se limitó el número de componentes a extraer a 6.

Una vez hecho el análisis factorial exploratorio, se eliminaron los reactivos: 1, 4, 11, 16, 38 y 39, por el aporte inferior al peso factorial considerado. Solo 5 reactivos cambiaron de dimensión; el reactivo 23 de Actitud prosocial y el 18 de habilidades de relación interpersonal pasaron a Resolución de problemas. El 8 de resolución de problemas, pasó a actitud prosocial. El 6 de satisfacción personal, paso a Autocontrol y el 14 de Satisfacción personal pasó a Autonomía. Las comunalidades que se alcanzaron, van de .32 a .66. De acuerdo con el criterio de peso factorial (.40), se conservaron un total de 33 ítems, como se puede observar, se omitieron los pesos factoriales de cada ítem que no tuvieron relevancia para el reacomodo final en cada factor (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Peso factorial de los ítems por Factor, Comunalidad y Alfa de Cronbach.

REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Comunalidad	Alfa si el elemento se ha suprimido
27.Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	0.626						0.45	0.878
36.Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones	0.591						0.449	0.877
28.Delante de una problema, soy capaz de solicitar información	0.544						0.406	0.878
29.Los cambios que ocurren en mi rutina habitual, me estimulan	0.526						0.333	0.88
35.Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	0.526						0.382	0.879
17.Intentó mejorar como persona	0.522						0.527	0.877
23.Pienso que soy una persona digna de confianza	0.505						0.336	0.879
18.Me considero "un/a buen/a amigo/a"	0.481						0.513	0.878
32.Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	0.437						0.409	0.877
15.Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o	0.405						0.354	0.878
37.Me gusta ayudar a los demás		0.652					0.52	0.881
3.A mí me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas		0.578					0.491	0.88
25.Pienso en las necesidades de los demás		0.539					0.426	0.883
8.A mí me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional		0.534					0.615	0.878
7.Para mí, la vida es aburrida y monótona			0.623				0.513	0.878
12.Veo mi futuro con pesimismo			0.599				0.503	0.878
31.Creo que soy un(a) inútil y no sirvo para nada			0.505				0.438	0.877
21.Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				0.757			0.607	0.878
22.Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				0.704			0.561	0.878
5.Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				0.702			0.505	0.881
6.Me siento a punto de explotar				0.51			0.46	0.88
26.Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				0.421			0.442	0.878
2.Los problemas me bloquean fácilmente				0.408			0.376	0.878
19.Me preocupa que la gente me critique					0.815		0.666	0.878
10.Me preocupa mucho lo que los demás piensen de mí					0.732		0.55	0.878
13.Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones					0.671		0.536	0.877
33.Me resulta difícil tener opiniones personales					0.437		0.356	0.881
34.Cuando tengo que tomar decisiones importantes, me siento muy inseguro(a)					0.42		0.37	0.878
14.Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean					0.41		0.395	0.878
20.Creo que soy una persona sociable						0.584	0.529	0.879
30.Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores						0.567	0.321	0.882
24.A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás						0.519	0.594	0.879
9.Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas						0.536	0.54	0.877

Método de extracción. Componentes principales. Rotación Oblim con normalización Kaiser. Se ha convergido a 24 iteraciones. F1=Resolución de Problemas. F2=Actitud Prosocial. F3=Satisfacción Personal. F4=Autocontrol. F5=Autonomía. F6=Habilidades de Relaciones Interpersonales.

Las dimensiones 1, 3, 4 y 5 cambiaron de orden, de acuerdo a los pesos factoriales de los ítems, los factores quedaron de la siguiente forma: F1. Resolución de problemas, F2. Actitud prosocial, F3. Satisfacción personal, F4. Autocontrol, F5. Autonomía y F6. Habilidades de relaciones interpersonales. De acuerdo a su claridad conceptual y criterio del porcentaje de la varianza explicada, las seis dimensiones explican el 45.43% de varianza total (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Valores de los factores de la escala de Salud Mental Positiva

Factores	No. de reactivos	Autovalores iniciales	Varianza explicada	Varianza acumulada	Alfa de Cronbach
F1.Resolución de problemas	10	7.54	19.35	19.35	0.791
F2.Actitud prosocial	4	2.91	7.46	26.82	0.647
F3.Satisfacción personal	3	2.8	7.2	34.02	0.633
F4.Autocontrol	6	1.73	4.45	38.43	0.732
F5.Autonomía	6	1.44	3.69	42.17	0.742
F6.Habilidades de relación interpersonal	4	1.27	3.26	45.43	0.599

Los resultados de las correlaciones entre los seis factores, mostraron correlaciones que van de bajas a moderadas, estadísticamente significativas. Las correlaciones más altas se obtuvieron entre autocontrol y resolución de problemas; satisfacción personal con autonomía; y actitud prosocial con habilidad de relaciones interpersonales (Ver Tabla 3).

Tabla 3*Correlación de los factores de salud mental positiva*

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1. Resolución de Problemas	1					
F2. Actitud Prosocial	.240**	1				
F3. Satisfacción Personal	.358**	.370**	1			
F4. Autocontrol	.471**	0.036	.282**	1		
F5. Autonomía	.330**	.189**	.464**	.365**	1	
F6. Habilidades de Relaciones Interpersonales	.386**	.498**	.420**	.178**	.255**	1

p=**0.01 F1=Resolución de Problemas. F2=Actitud Prosocial. F3=Satisfacción Personal. F4=Autocontrol.

F5=Autonomía. F6=Habilidades de Relaciones Interpersonales

Respecto a la validación con un criterio externo, se consiguieron correlaciones moderadas positivas y significativas como se esperaba, entre salud mental positiva y felicidad, autoestima y optimismo y una correlación moderada negativa y significativa entre salud mental positiva y depresión (Ver tabla 4).

Tabla 4

Correlación entre las variables, salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y depresión.

Variables	1	2	3	4	5
1.Salud Mental Positiva	1				
2.Felicidad	.644**	1			
3.Autoestima	.661**	.795**	1		
4.Optimismo	.688**	.721**	.724**	1	
5.Depresión	-.478**	-.657**	-.594**	-.552**	1

p=**.01. 1=Salud Mental Positiva 2=Felicidad. 3=Autoestima. 4=Optimismo. 5=Depresión.

Discusión de resultados

La estructura sintetizada de la escala, que resultó de los análisis estadísticos, guarda ciertas diferencias con el orden de la escala original (Lluch, 1999) y con el sistema de clasificación de los ítems. Se obtuvo en primer lugar, la dimensión: Resolución de problemas, lo que significa que en la muestra mexicana es la que aporta elementos más relevantes, para medir la salud mental positiva, a diferencia de la escala original donde la dimensión que más contribuye al total de varianza explicada es Satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relación interpersonal, permiten medir la salud mental positiva en el mismo orden de importancia en las dos muestras. Esto puede deberse a que cuando se emplean escalas, que no son propias del país donde se desarrolla la investigación, se pueden presentar modificaciones por factores como las diferencias culturales o el significado psicológico que se le otorga a los ítems (Chahín-Pinzón, 2014; He & Van de Vijver, 2012).

La decisión de eliminar ítems, contrasta con otros estudios, como el de Sequeira et al. (2014) quienes delimitaron un criterio de peso factorial de 0,30, todos los reactivos puntuaron por arriba de éste valor, por lo que no eliminaron ninguno. No obstante, los seis factores obtenidos no se ajustaron por completo con los propuestos por Lluch (1999). Todas las dimensiones conservan el mismo orden, pero solo las dimensiones Satisfacción personal y Autocontrol conservaron los mismos reactivos.

Otro aspecto, fue que en éste trabajo se utilizó rotación oblim, partiendo de que las dimensiones están interrelacionadas, a diferencia de Martínez et al., (2014), quienes utilizaron rotación Varimax y obtuvieron 12 ítems con pesos factoriales inferiores a .40, pero no eliminaron reactivos, mencionando que el objetivo no era reestructurar la escala.

En esta investigación resultó una estructura sintetizada, pero con una organización coherente de los ítems, en cada una de las dimensiones, porque uno de los objetivos del análisis factorial exploratorio es reducir datos y con esto se puede aumentar la validez del constructo, por lo que es preferible conservar los ítems que realmente aportan valor significativo a la medición del constructo (Méndez & Rondón, 2012).

El porcentaje de varianza explicada no guarda gran diferencia con la escala original (Lluch, 1999) y los reportados en otros estudios, donde se conservan los 39 reactivos, (Sequeira et al., 2014; Martínez et al., 2014). El valor obtenido del alfa de Cronbach en este trabajo fue aceptable (0,886) (Carretero & Pérez, 2005; Oviedo & Campo, 2005). Esta fiabilidad, es superior a lo reportado en varias investigaciones; la escala original reportó 0,70 (Lluch, 1999), Martínez et al., (2014), obtuvieron un alfa de Cronbach en adultos mexicanos de 0,862, González et al. (2012), consiguieron un alfa de 0,872 en colombianos y Sequeira et al., (2014) informaron un alfa superior de 0,920 y por dimensión valores que van de 0.60 a 0.84, los cuales son similares a los valores de éste estudio (0.62 a 0.79.). Lo anterior sugiere, que la escala presenta una adecuada estructura factorial y consistencia interna, que permite medir la salud mental positiva en distintas culturas.

Los resultados de la correlación entre las dimensiones, fue similar a los que reportó Lluch, (1999), con valores de 0.10 a 0.77. De acuerdo con Cohen (1988), la mayoría de los valores de esta investigación (0.36 a 0.49) pertenecen a un nivel moderado. Estos valores son significativos estadísticamente, por lo que se puede deducir que las dimensiones están interrelacionadas.

En relación a la validez de criterio, se obtuvo validez externa de la escala de salud mental positiva, ya que existen correlaciones moderadas positivas con felicidad, autoestima y optimismo y negativa con depresión. Tal y como se expuso en la introducción, se ha comprobado que la salud mental positiva ha sido asociada a diversas variables psicológicas, que juegan un papel de variables protectoras. Es posible que la escala de Lluch (1999) permita identificar las variables que tienen un valor predictivo para la salud mental positiva (Góngora & Casullo, 2009; González-Arratia & Valdez, 2013; Londoño 2009; Patton et al., 2011).

Cabe mencionar que existen limitaciones dentro del estudio, la muestra fue no probabilística, por lo que no se pueden generalizar los resultados a la población en general. Se recomienda continuar la evaluación y adaptación de la escala, con diferentes análisis estadísticos, como el análisis factorial confirmatorio y el análisis con ecuaciones estructurales, para que la medida de la salud mental positiva pueda ser equivalente en diversas culturas, y descartar sesgos de constructo, de método y de los ítems (Chahín-Pinzón, 2014; He & Van de Vijver 2012). Así

mismo validar la escala en distintas poblaciones y edades y reforzar su validez externa con otras variables, tanto psicológicas, (resiliencia, fortalezas, virtudes, inteligencia emocional), como socioeconómicas (salud física, pobreza, nivel educativo, calidad de vida).

CONCLUSIONES

A partir de estos resultados se concluye que la estructura obtenida de la escala de Lluch (1999), presenta características psicométricas fiables y válidas que permiten su aplicación en muestras de adolescentes mexicanos para medir salud mental positiva. Cabe mencionar, que tener instrumentos fiables como éste, puede ser el comienzo del desarrollo de programas de intervención, basados en el modelo teórico de la salud mental positiva (Jahoda, 1958; Lluch, 1999) para tener la posibilidad de medir los efectos de dichos programas. Los cuáles estarían enfocados al diagnóstico y mantenimiento de la salud mental, haciendo énfasis en los aspectos positivos, así como la mejora y prevención de problemas mentales.

Referencias

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, (1), 96-106.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A.M. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Suma Psicológica*, 15 (2), 385-403.
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. & Tomas, A. (2012). Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista Psicológica Trujillo*, 14 (2), 144-163.
- Ato, M. López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059.
- Barradas, A. M. E., Sánchez, B. J. M., Guzmán, I. L. M. & Balderrama, T. J. A., (2012). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1 (2), 123-135.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios Instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-551.
- Castillo-Laguna M. & Amador-Velázquez, R. (2014). La salud mental en estudiantes de psicología: un estudio descriptivo. *Revista electrónica, Medicina, Salud y Sociedad*, 5 (1). 59-69.
- Chahín-Pinzón, N. (2014). Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8 (2). 109-112.
- Cohen, J. (1988), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Escobar, P. J. & Cuervo, M. A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6. 27-36.
- Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 181-205.
- González Arratia, L. F. N. I. (2011). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. 2^{da} edición. México. UAEM.
- González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013). Optimismo; Validación de una escala para adolescentes mexicanos. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2 (1). 121-130.
- González, P. Astudillo, E. & Hurtado, E. (2012). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Revista Cultural del Cuidado*, 9 (2), 39-49.
- He, J. & Van de Vijver, F. (2012). Bias and Equivalence in Cross-Cultural Research. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2 (2). 1-19. <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1111>
- Hernández, S. R., Fernández-Collado, C. & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of Positive Mental Health*. Nueva York. Basic Books.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traves, A., Hernández-Baeza, A. & Tomas-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (2), 1151-1169.

- Londoño, P.C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta colombiana de Psicología*, 12, (1), 95-107.
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Barcelona. (Tesis de Maestría). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Manjunath, R. & Kulkarni, P. (2013). Mental health status and depression among medical students in Mysore, Karnataka an untouched public health issue. *National Journal of Community Medicine*, 4(1), 50-53.
- Martínez, R., Pando, M, León, S., González, R., Aldrete, M. & López, L. (2014). Validez y Confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18 (33), 78-88.
- Medina, O., Irira, M., Martínez, G. & Cardona, D. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual, Universidad Católica del Norte*, (36), 247-261.
- Méndez, C. & Rondón, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 14 (1), 197-207.
- Mercado, S. D. Madariaga, O. C. & Martínez, G. M. (2012). Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviejo, Sucre. *Cultura, educación, sociedad*, 3 (1). 157-174.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3). 847-862.
- Mustaca, A. E., Kamenetzky, G. & Vera, V. P. (2010). Relaciones entre Variables Positivas y Negativas en una Muestra de Estudiantes Argentinos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 227-235.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe Compendiado*. Ginebra.
- Orellana, O., García, L., Yanac, E., Rivera, J., Alvites, J., Orellana, D... & Mendoza, C. (2012). Competencias comunicativas y salud mental positiva en el perfil profesional de los profesores de la educación básica de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 15 (2), 61-87.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe Compendiado*. Ginebra.

- Oviedo, H. C. & Campo, A. A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Patton, G.C., Tollit, M. M., Romaniuk, H., Spence, S. H., Sheffield, J. & Sawyer, M. G. (2011). A Prospective Study of the Effects of Optimism on Adolescent Health Risks. *Pediatrics*, (2), 1-10.
- Perales, A., Sog, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la facultad de medicina*, 64 (4).
- Pérez, R. & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2 (1), 58-66.
- Pérez, V. C., Maldonado, G. P., Aguilar, A. C. & Acosta, P. M. (2013). Clima Educativo y su Relación con la Salud Mental de Alumnos Universitarios Chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 257-268.
- Sasanpour, M., Khodabakhshi, M. & Nooryan, Kh. (2012). The Relationship between Emotional Intelligence, Happiness and Mental Health in Students of Medical Sciences of Isfahan University. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4 (9), 1614-1620.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55. (1), 5-1.
- Sequeira, C., Carvalho, C., Sampaio, F., Sa, L., Lluch, T. & Rondán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.
- Weber, S. & Rose, P. K. (2012). Relationships between depressive symptoms and perceived social support, self-esteem, optimism in a sample of rural adolescents. *Issues In Mental Health Nursing*, (31), 584-588.
- Yiengprugsawan, V., Somboonsook, B., Seubsman, S. & Sleigh, A. C. (2012). Happiness, Mental Health, and Socio-Demographic Associations Among a National Cohort of Thai Adults. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1019-1029.

7.4. ARTÍCULO ENVIADO.

7.4.1. TÍTULO DEL ARTÍCULO ENVIADO: SALUD MENTAL POSITIVA EN ADOLESCENTES MEXICANOS: DIFERENCIAS POR SEXO.

7.4.2. PÁGINA FRONTAL DEL MANUSCRITO

**SALUD MENTAL POSITIVA EN ADOLESCENTES MEXICANOS: DIFERENCIAS
POR SEXO
POSITIVE MENTAL HEALTH IN MEXICAN ADOLESCENTS: DIFFERENCES BY
SEX**

Lorena Toribio Pérez. toribio_lore@hotmail.com^{a*} Calle Independencia, 603, Interior 1. Colonia Santa Clara, Toluca, C.P. 50090. Estado de México. México.

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes. nigalf@yahoo.com.mx^a

Hans Oudhof Van Barneveld. hansovb@hotmail.com^a

Marta Gil Lacruz. mglacruz@unizar.es^b

^a Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Calle Filiberto Gómez S/N, Km 1.5. Carretera Toluca-Naucalpan, Colonia Guadalupe. C.P. 50110. Teléfono: 72227200 y 7222721518. Toluca, Estado de México. México.

^b Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Calle Dr. Cerrada, 1-5. C.P. 50005. Teléfono: 976761000. Zaragoza, España.

*Persona de contacto.

7.4.3. CARTA DE RECEPCIÓN DEL ARTÍCULO.

Nuevo | Responder | Eliminar | Archivar | Correo no deseado | Limpiar | Mover a | ...

Giovanny León-Sanabria - Editor RCPS <editorial@rcps-cr.org> Responder |
vie 02/12/2016, 03:57 p.m.
Tú; Director RCPS-CR (director@rcps-cr.org); Asistente RCPS-CR (asistente@rcps-cr.org); alfonsovillalobos (alfonsovillalobos@gmail.com) ✓

1 MANUSCRITO CON DE... 33 KB
TABLA 1. DATOS SOCIO... 16 KB
TABLA 2 DATOS SOCIO... 13 KB
TABLA 3 NIVEL DE SALU... 13 KB

Mostrar todos 6 archivos adjuntos (103 KB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - Personal

Buenas tardes Dra. Toribio.

Acuso recibo del artículo enviado para el proceso de revisión inicial para considerar su publicación en la Revista Costarricense de Psicología.


Una vez obtenido el resultado del proceso, la estaremos contactando.

Debo indicar que si su artículo supera la revisión inicial, y si éste es aprobado por los revisores externos en el proceso editorial correspondiente, se publicaría en uno de los dos números del año 2018.

Saludos cordiales.

--

Máster Giovanni León-Sanabria
Editor
Revista Costarricense de Psicología
Costa Rican Journal of Psychology
Tel: (+506) 2271-3101 ext. 105
http://www.rcps-cr.org
ISSN 0257-1439 / ISSNe 1659-2913

 RIVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA
COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

7.4.4. Resumen.

La evidencia empírica acerca de las diferencias de la salud mental positiva respecto al sexo, son escasas, incluso controversiales. Es por ello, que se tiene como objetivo analizar la salud mental positiva entre hombres y mujeres. La muestra está compuesta por 533 participantes de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Todos estudiantes de nivel medio superior, hombres (44.4%) y mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años de edad. Se aplicó la escala de salud mental positiva (Lluch, 1999). Los resultados mostraron que el 38.3% de la muestra de encuentra en un nivel alto y el 16.1% en muy alto nivel de salud mental positiva. Del análisis descriptivo la dimensión satisfacción personal puntuó por arriba de la media teórica. Se confirma parcialmente la hipótesis, ya que se obtuvieron diferencias significativas en cuatro de las seis dimensiones, en satisfacción personal, actitud prosocial y habilidad de relaciones interpersonales, con puntuaciones más altas para las mujeres y en autocontrol en el grupo de los hombres. Se sugiere continuar con el análisis de la salud mental positiva.

7.4.5. Apartados del artículo

Introducción

La salud mental positiva se caracteriza por la presencia de una combinación de recursos personales y psicosociales, así como de actitudes, afectos y comportamientos positivos. Hace alusión a una característica estable de la personalidad y no a una condición momentánea (Jahoda, 1958; Lluch, 1999).

Al respecto, Lluch (1999) propone una definición operativa de salud mental positiva compuesta de seis dimensiones: 1) satisfacción personal, que se define como el encuentro entre un autoconcepto positivo, estar contentos con lo que se hace y proponerse metas de vida con expectativas positivas, 2) actitud prosocial, se refiere al conjunto de comportamientos voluntarios a favor de otros seres humanos, 3) el autocontrol el cual corresponde a la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, mantener el equilibrio emocional, así como tolerancia a la ansiedad, 4) la autonomía, es la capacidad de tener criterios propios e independencia, seguridad personal, confianza en sí mismo y autorregulación de la propia conducta, 5) la habilidad de resolución de problemas y autoactualización, la cual se caracteriza

por poder analizar las diversas situaciones, adaptarse a los cambios, poseer la habilidad para tomar decisiones, así como una actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo, y 6) la habilidad de relación interpersonal, cuando el individuo es capaz de establecer relaciones interpersonales, ser empático, entender los sentimientos de los demás y dar apoyo emocional.

La evaluación y análisis de la salud mental positiva ha tenido relevancia a nivel internacional, ya que se han llevado a cabo recientes investigaciones en diferentes países, como España (Mantas et al., 2015), Portugal (Sequeira et al., 2014), Colombia (Perugache, Guerrero, Guerrero & Ortega, 2016), Perú (Anicama et al., 2012) y México (González-Arratia & Valdez, 2016).

A raíz de lo anterior, se han podido obtener evidencias de las características de la salud mental positiva, en diferentes grupos de edad. Específicamente en adolescentes, algunos estudios reportan que una de las dimensiones donde se obtiene mayor puntuación es satisfacción personal, por el contrario, donde se tienen más dificultades es en el factor autocontrol (Amar et al., 2008; González, Gómez, Caicedo, Piernagorda & Medina-Pérez, 2013; Medina, Irida, Martínez & Cardona, 2012).

Además, la salud mental positiva ha sido asociada a variables como la edad (Castillo-Laguna & Amador-Velázquez, 2014), el sentido de coherencia (Mantas et al., 2015), la resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2016; Perugache et al., 2016) y el sexo (Anicama et al., 2012; González et al., 2013; Mantas et al., 2015; Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldan-Merino & Ferre-Grau, 2013).

Sin embargo, los resultados respecto a las diferencias de la salud mental positiva en función del sexo, son controversiales, ya que mientras algunos estudios reportan que si las hay, otros no reportan diferencia alguna. Por ejemplo en la dimensión satisfacción personal González et al., (2013) y Lluch-Canut et al., (2013) obtienen mayores puntuaciones en el caso de los hombres, por el contrario Anicama et al., (2012) y Mantas et al., (2016) no encuentran diferencias significativas.

En cuanto a la actitud prosocial, es una habilidad que caracteriza en mayor medida a las mujeres (González et al., 2013; Garaigordobil, 2009; Mantas et al., 2016; Lluch-Canut et al., 2013), lo cual lo atribuyen a que ellas se preocupan más por los demás, les gusta que se les reconozca y respetan las reglas sociales con mayor facilidad. Por el contrario las evidencias de Navarro (2008) confirman puntuaciones más elevadas en los hombres, mientras que Anicama et al., (2012) y Lai, Siu y Shek (2015) indican que tanto hombres como mujeres son prosociales.

Algunos autores sugieren que el autocontrol, es una cualidad propia de los hombres (González et al., 2013) sin embargo también se han encontrado mayores puntuaciones en las mujeres (Navarro, 2008). Pero hay discrepancia en los hallazgos ya que en algunas evidencias (Anicama et al., 2012; Lluch-Canut et al., 2013; Mantas et al., 2016) se afirma que no hay diferencias.

Al igual que el autocontrol, la autonomía, es una capacidad que se considera más fácil de lograr para los hombres (Lluch-Canut et al., 2013; Samper, Mestre & Malonda, 2015; Serrano & García, 2010; Vargas & Wagner, 2013), sin embargo González et al. (2013) sugieren que las mujeres también pueden conseguir su autonomía, en cambio otros autores (Anicama et al., 2012; Fleming, 2005, Mantas et al., 2016; Valentina & Gulati, 2014) afirman que ambos pueden llegar a desarrollar plenamente esta habilidad.

En cuanto a la resolución de problemas y autoactualización, aunque algunas evidencias proponen que es una característica que se aprecia más fácil en las mujeres (Navarro; 2008; Pascual, Conejero & Etxebarria, 2016) y otras plantean que es para los hombres (González et al., 2013). Varios autores (Anicama et al., 2012; Forsythe, 2010; González-Arratia y Valdez, 2013; Lluch-Canut et al., 2013; Mantas et al., 2016; Samper et al., 2015) coinciden en que ambos sexos son capaces de enfrentarse eficazmente a las dificultades, a pesar de que utilicen mecanismos distintos; los hombres se centran en resolver el conflicto y las mujeres en el apoyo de otros.

En la habilidad de establecer relaciones interpersonales, una primera propuesta la adjudica a los hombres (Santacana, Kirchner, Abad & Amador, 2012), enseguida, González et al., (2013) y Lluch-Canut et al., (2013) reportan que son las mujeres quienes presentan más habilidades

sociales. Pero también se ha comprobado en recientes investigaciones (Anicama et al., 2012; Mantas et al., 2016), que ésta destreza la desarrollan por igual ambos sexos.

A pesar de estas inconsistencias que generan confusión algunos autores reportan que el desarrollo de las habilidades que componen la salud mental positiva, tienen cierta influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales tales como como la edad y el sexo (Mantas et al., 2015; Medina et al., 2012), así como de los roles sociales y expectativas ligadas a las atribuciones masculinas y femeninas asociadas a las diferencias en la salud (Rohlf, Borrell, Artazcoz & Escriba-Agüir, 2007) que pueden cambiar según la cultura y a lo largo de la historia (Scott, 1988).

De esta forma, el comportamiento de los adolescentes (Díaz-Loving et al., 2015 y Díaz, Rivera & Wolfgang, 2012) está influenciado por los estereotipos sexuales, puesto que crean una serie de ideas sobre lo que representa cada sexo. Específicamente, en la cultura mexicana, algunos rasgos como la fortaleza, la inteligencia y el razonamiento objetivo se atribuyen a los hombres, y la sensibilidad emocional y la intuición a las mujeres. Aun cuando se han obtenido resultados de salud mental positiva en población adulta (Castillo-Laguna & Amador-Velázquez, 2014) y en niños de ésta cultura (González-Arratia & Valdez, 2016), son escasos los estudios sobre las diferencias según el sexo en adolescentes, por lo que es necesario continuar analizando las posibles diferencias y/o similitudes de la salud mental positiva entre hombres y mujeres adolescentes, a fin de tener resultados consistentes propios del contexto sociocultural. Por lo tanto se espera comprobar si existen diferencias en el puntaje total y en cada una de las seis dimensiones propuestas por Lluich (1999) según el sexo. El cual puede ser un determinante de la salud mental entre los hombres y las mujeres.

Metodología

Tipo de estudio:

Es un diseño de investigación empírica con estrategia asociativa y comparativa, de corte transversal (Ato, López & Benavente, 2013; Montero & León, 2007).

Participantes:

La investigación se llevó a cabo en una muestra no probabilística de tipo intencional compuesta por un total de 533 adolescentes, todos estudiantes de nivel medio superior de la Ciudad de Toluca, de primero (32.8%), segundo (15%) y tercer año (52.2%), de diferentes escuelas públicas, de los cuales el 44.4% son hombres (n=237) y el 55.6% son mujeres (n=296), entre 14 y 20 años de edad (M=16.3 DS=.97).

Instrumentos:

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, que incluyó cuatro preguntas: grado que cursa, sexo, edad y rendimiento académico.

Se aplicó la Escala de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999): consta de 39 reactivos, en escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: (siempre, con bastante frecuencia, con poca frecuencia y nunca). Al extremo positivo se le otorgan cuatro puntos y al extremo negativo un punto. Cada ítem puede obtener un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 4. La autora de la escala (Lluch, 1999) reporta un Alfa de Cronbach total de 0.906 y una varianza explicada de 46.8%. Para muestras mexicanas, se reporta un alpha de Cronbach de 0.881 y una varianza explicada de 45.43% (Comunicación Personal, Noviembre de 2015).

Consta de 6 dimensiones:

1. Satisfacción personal (8 ítems): significa tener satisfacción con la vida personal y con las perspectivas de futuro (Alfa de Cronbach=0.82, Varianza explicada=23.1).
2. Actitud prosocial (5 ítems): se define como la predisposición activa hacia la sociedad, una actitud altruista, de apoyo y aceptación hacia los demás (Alfa de Cronbach=0.58, Varianza explicada=6.7).
3. Autocontrol (5 ítems): es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, equilibrio, control emocional y tolerancia a la ansiedad (Alfa de Cronbach=0.81, Varianza explicada=4.9).

4. Autonomía (5 ítems): implica la capacidad para tener criterios propios e independencia, tener seguridad personal, confianza en sí mismo y autorregulación de la propia conducta (Alfa de Cronbach=0.77, Varianza explicada=4.4).

5. Resolución de problemas y autoactualización (9 ítems): integra la capacidad de análisis y de adaptación al cambio, la habilidad para tomar decisiones, la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo (Alfa de Cronbach=0.79, Varianza explicada=3.9).

6. Habilidades de relación interpersonal (7 ítems): habilidad para establecer relaciones interpersonales, ser empático, entender los sentimientos de los demás y dar apoyo emocional (Alfa de Cronbach=0.71, Varianza explicada=3.8).

Procedimiento

Previa autorización por parte del Comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México y de las instituciones donde se realizó el estudio. Se obtuvo el consentimiento informado por parte de los padres y de los participantes. La aplicación de los cuestionarios se realizó de manera colectiva, en un tiempo aproximado de 40 minutos, en las respectivas aulas y horarios académicos.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias de los datos sociodemográficos de la muestra, así como de la puntuación total de la escala y de sus dimensiones. Se obtuvieron puntos de corte para observar los niveles de salud mental positiva. Se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para comprobar la distribución de los datos y finalmente se llevó a cabo un análisis con la prueba t de Student para obtener las diferencias de salud mental positiva entre hombres y mujeres, así mismo se obtuvo el tamaño del efecto (Cohen, 1988). Los análisis de datos se procesaron en el SPSS versión 23.0. Con un nivel de confianza del 95% y una significancia estadística de $p < 0.05$.

Resultados

Los resultados del cuestionario de los datos sociodemográficos, indican que los adolescentes de esta muestra se encuentran entre los 14 y 20 años de edad ($M=16.3$ $DS=0.97$). El promedio de calificaciones de la muestra general es de 7.9, en una escala de 0 a 10 ($DS=0.76$) (Ver Tabla 1).

Tabla 1*Datos sociodemográficos de la muestra total*

Rangos de edad	Edad		Grado que cursa		Rendimiento académico	
	Frecuencia y %		Grado	Frecuencia y %	Rangos de calificación	Frecuencia y %
14-15	121 (22.7%)		Primero	175 (32.8%)	6-6.9	31 (5.8%)
16-17	369 (69.2%)		Segundo	80 (15.0%)	7-7.9	222 (41.6%)
18-20	43 (8.0%)		tercero	278 (52.2%)	8-8.9	215 (40.3%)
					9-10	65 (12.1%)
Total	533 (100%)		Total	533 (100%)	Total	533 (100%)

Los datos sociodemográficos por sexo, permiten observar que los hombres muestran una edad promedio de 16.4 años y un promedio de calificación de 7.8, y las mujeres una media de 16.31 años y de calificación 8.1 (Ver Tabla 2).

Tabla 2*Datos sociodemográficos por sexo.*

Rango de edad	Edad		Rangos de calificación	Rendimiento académico	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
	Frecuencia y %	Frecuencia y %		Frecuencia y %	Frecuencia y %
14-15	48 (20%)	73 (24.6%)	6-6.9	19 (8%)	12 (4.0%)
16-17	161 (67%)	208 (70.2%)	7-7.9	120 (50.6%)	102 (34.4 %)
18-20	28 (11.8%)	15 (5.0%)	8-8.9	77 (32.4%)	138 (46.6%)
			9-10	21 (8.8%)	44 (14.8%)
Total	237 (100%)	296 (100)	Total	237 (100%)	296 (100%)

Del análisis de normalidad de los datos de salud mental positiva, con la prueba Kolmogorov-Smirnov, se obtuvo que los datos no se ajustan la curva normal ($Zk-s=0.054$, $p=0.001$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Sin embargo, esto no invalida la prueba, por lo que se procedió con los análisis.

Con el objetivo de obtener los niveles de salud mental positiva, se sumaron los reactivos para obtener el puntaje total de la muestra, a partir de este puntaje se obtuvieron puntos de corte considerando la media ± 1 desviación estándar, con lo que se obtuvieron 4 niveles: 77-110=Muy baja, 11-122=Baja, 123-135=Alta, 136-149=Muy alta. De acuerdo con estos criterios, se obtuvo la media de salud mental positiva ($M=122.9$. $DE=12.9$), que de acuerdo con los rangos

establecidos equivale a un nivel bajo de salud mental positiva. Sin embargo, como se puede observar, el 38.3% y 16.1% de la muestra de encuentra en el nivel alto y muy alto de salud mental positiva respectivamente (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Nivel de Salud Mental Positiva por rango.

Rangos establecidos	Niveles de salud mental positiva	Frecuencia	Porcentaje
77-110	Muy bajo	90	16.9%
11-122	Bajo	153	28.7%
123-135	Alto	204	38.3%
136-149	Muy alto	86	16.1%
	Total	533	100%

Los análisis descriptivos por dimensión, muestran que la media más alta fue en la dimensión satisfacción personal, seguida de la dimensión actitud prosocial, en tercer lugar resolución de problemas, después autonomía y a continuación habilidades de relación interpersonal. La media más baja correspondió a la dimensión autocontrol (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Media y desviación estándar por dimensión.

Dimensiones de salud mental positiva	Media por Dimensión	DE	Valor mínimo	Valor máximo
1. Satisfacción personal	3.52	.55	1	4
2. Actitud prosocial	3.37	.60	1	4
3. Autocontrol	2.88	.49	1	4
4. Autonomía	3.07	.54	1	4
5. Resolución de problemas y autoactualización	3.32	.41	1	4
6. Habilidades de relaciones interpersonales	2.99	.62	1	4

Finalmente se realizó un análisis estadístico con la prueba t de Student, para comparar si existen diferencias significativas, según la variable sexo, con la puntuación total de salud mental positiva y con cada una de las dimensiones. Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas en el puntaje total, sin embargo si se muestran diferencias en cuatro dimensiones, que de acuerdo con la valoración de Cohen (1988) el tamaño del efecto va de bajo a moderado. Con puntuaciones más elevadas en el grupo de las mujeres en actitud prosocial ($d=0.512$), satisfacción personal ($d=0.252$) y habilidades de relación interpersonal ($d=0.212$) y en autocontrol ($d=0.488$) a favor de los hombres. En resolución de problemas y autonomía no hubo diferencias significativas (Ver Tabla 5).

Tabla 5
t de Student para salud mental positiva según sexo

Dimensiones de la escala de salud mental positiva	Hombres		Mujeres		<i>p</i>	<i>T</i>	Tamaño del efecto (<i>d</i>)
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar			
1. Resolución de problemas y autoactualización	3.34	0.40	3.30	0.42	0.251	1.149	0.0
2. Actitud prosocial	3.20	0.60	3.50	0.57	0.000	-5.847	0.512
3. Satisfacción personal	3.44	0.60	3.58	0.50	0.003	-2.945	0.253
4. Autocontrol	3.01	0.44	2.78	0.50	0.000	5.624	0.488
5. Autonomía	3.06	0.54	3.08	0.54	0.793	-263	0.0
6. Habilidades de relaciones interpersonales	2.92	0.58	3.05	0.64	0.014	-2.459	0.212
Puntuación total de Salud mental positiva	122.97	12.37	122.96	13.42	0.084	0.001	0.0

Discusión

Los resultados obtenidos en la muestra general, permiten inferir que los adolescentes mexicanos poseen un adecuado nivel de salud mental positiva. La puntuación más elevada se obtuvo en satisfacción personal, lo que es similar a lo que reportaron Amar et al., (2008), González et al., (2013) y Medina-Pérez et al., (2012). Esto significa que uno de los aspectos que fortalece en gran medida la salud mental positiva de los adolescentes, es encontrar satisfacción en lo que hacen y sentirse capaces de lograr las metas que se proponen (Lluch, 1999).

Po el contrario, la dimensión donde los adolescentes muestran dificultades, es en el autocontrol. Esto equivale a los hallazgos en adolescentes colombianos (Amar et al., 2008; González et al., 2013; Medina et al., 2012) y en mexicanos (Castillo-Laguna & Amador-Velázquez, 2014). Esta tendencia puede estar asociada a que los adolescentes aún no tienen plena madurez emocional, ya que la obtendrán durante los procesos de socialización.

En cuanto a las diferencias por sexo; la puntuación de la dimensión satisfacción personal, resultó a favor de las mujeres, a pesar de que en investigaciones anteriores en colombianos (González et al., 2013) y españoles (Lluch-Canut et al., 2013) eran los hombres quienes puntuaban más alto. Por lo que las mujeres encuentran satisfacción en lo que hacen, tienen buena autoestima y son optimistas respecto a sus planes de futuro, como lo afirman Lluch (1999) y San Martín y Barra (2013). No obstante es necesario continuar con las investigaciones al respecto a fin de analizar estos hallazgos.

De igual manera, son las mujeres quienes mostraron mayor puntuación en actitud prosocial. Esto coincide con evidencias en estudiantes colombianos (González et al., 2013) y españoles (Mantas et al., 2016; Lluch-Canut et al., 2013). Como proponen Garaigordobil (2009) y Lai, Siu & Shek (2015) las mujeres tienen mayor facilidad para ser empáticas y un entorno familiar caracterizado por el afecto es un fuerte predictor de ésta habilidad. Por consiguiente se puede inferir que la familia es un aspecto relevante para la salud mental de las mujeres mexicanas (Díaz et al., 2012; González-Arratia & Valdez, 2013). Sin embargo se sugiere incluir variables acerca de los estilos de crianza a fin de confirmar esta hipótesis.

Respecto a la dimensión autocontrol, fueron los hombres quienes reportaron mayor puntuación. Lo cual es afín con los resultados de González et al., (2013). Por lo que se puede inferir que los hombres controlan sus emociones y afrontan situaciones estresantes con mayor facilidad y madurez emocional (Samper et al., 2015; Serrano & García, 2010; Vargas & Wagner, 2013). Una posible razón puede ser la influencia de los estereotipos que mencionan Díaz et al. (2012) y González-Arratia y Valdez (2013) de que los hombres mexicanos deben de ser fuertes, no mostrar debilidad emocional y enfrentarse ante cualquier adversidad de forma individual.

De acuerdo con los resultados en autonomía y con las evidencias de algunos autores (Anicama et al., 2012; Mantas et al., 2016; Samper et al., 2015; Valentina & Gulati, 2014) se puede afirmar que tanto hombres como mujeres son capaces de expresar sus propias opiniones, tomar decisiones y llegar a ser autosuficientes, ya que, la autonomía es una tarea de desarrollo crucial de la adolescencia, ligada a la individuación y la formación de la identidad (Fleming, 2005).

En la habilidad de resolución de problemas y autoactualización, se encontró que la pueden desarrollar ambos sexos, como afirman algunos autores (Anicama et al., 2012; Lluch-Canut et al., 2013; Mantas et al., 2016). La diferencia radica en que utilizan mecanismos distintos, el hombre se muestra más instrumental y objetivo, en cambio la mujer más dependiente de los demás (Forsythe, 2010; González-Arratia & Valdez, 2013).

Referente a la habilidad de establecer relaciones interpersonales se puede inferir que las mujeres tienen mayor facilidad de interactuar con los demás, como lo reportan González et al., (2013) y Lluch-Canut et al., (2013), Por consiguiente, esto puede deberse a que en la cultura mexicana, describen a las mujeres como dependientes afectivas y que cuidan a los demás (Díaz-Loving et al., 2015), por lo tanto es de suponer que ellas establecerán una mayor cantidad de relaciones interpersonales. Cabe mencionar que el desarrollo de ésta habilidad es fundamental en hombres y mujeres, ya que de acuerdo con Inglés, Hidalgo y Méndez (2005), les ayuda a los adolescentes a obtener un buen rendimiento académico y sentimientos de bienestar.

Los hallazgos de esta investigación, contribuyen a obtener bases teóricas de la salud mental positiva en adolescentes mexicanos, ya que los estudios al respecto son escasos. Así mismo, la coincidencia de los resultados de este estudio con culturas distintas a la mexicana (Garaigordobil, 2009; González et al., 2013; Mantas et al., 2016; Lluch-Canut et al., 2013; Santacama et al., 2012) permiten iniciar a pensar que independientemente de la cultura a la que pertenezcan, los adolescentes pueden desarrollar ciertas habilidades y mantener la salud mental positiva. Sin embargo vale la pena tener cautela con las conclusiones y continuar las investigaciones al respecto, para discernir las posibles razones de los resultados.

Por otra parte, la investigación presenta ciertos límites; la muestra fue no probabilística y el estudio se realizó en un tiempo determinado, por lo que no se pueden generalizar los resultados, también se debe tomar en cuenta que la deseabilidad social pudo haber influido en las respuestas. En consecuencia, se recomienda para futuras investigaciones, trabajar con una muestra diversificada, así como con muestras clínicas. Así mismo realizar análisis de validez convergente de la escala de salud mental positiva con variables psicológicas como la resiliencia, autoestima, felicidad y optimismo, así como estudios longitudinales, transculturales y explicativos.

Conclusiones

Se puede concluir que se confirma parcialmente la hipótesis, ya que se presentan diferencias significativas solo en cuatro de las seis dimensiones propuestas por Lluich (1999), en satisfacción personal, actitud prosocial y habilidad de relaciones interpersonales a favor de las mujeres y en autocontrol en el grupo de los hombres. Por lo que, se recomienda continuar investigando acerca de los factores protectores de la salud mental positiva para fortalecer las propuestas de intervención y promoción de la salud mental en estas edades.

Referencias

- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. M. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Suma Psicológica*, 15 (2), 385-403.
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. & Tomas, A. (2012). Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista Psicológica Trujillo*, 14 (2), 144-163.
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059.
- Castillo-Laguna M. & Amador-Velázquez, R. (2014). La salud mental en estudiantes de psicología: un estudio descriptivo. *Revista electrónica, Medicina, Salud y Sociedad*, 5 (1), 59-69.

- Cohen, J. (1988), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Díaz-Loving, R., Saldivar, A., Armenta-Huatac, C., Reyes, N. E., López, F., Moreno, M., Romero, A. & Correa, F. E. (2015). Creencias y normas en México, una actualización del estudio de las premisas psico-socio-culturales. *Psykhe*, 24 (2), 1-25.
- Díaz, L. R., Rivera, A. S. & Wolfgang, V. M. P. (2012). Masculinidad, feminidad y salud mental. *Persona*, 15, 137-156.
- Fleming, E., (2005). Adolescent Autonomy: Desire, Achievement and Disobeying Parents between Early and Late Adolescence. *Australian Journal of Education and Developmental Psychology*, 5, 1-16.
- Forsythe, S. M. (2010). Coping Behavior and Gender Differences in African American Adolescents. *Master's thesis, Pacific University*.
- Garaigordobil, M. (2009). A Comparative Analysis of Empathy in Childhood and Adolescence: Gender Differences and Associated Socio-emotional Variables. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 217-235.
- González Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 941-955.
- González Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2016). Validez de la escala de salud mental positiva en niños mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6 (1), 2368-2383.
- González, S. P. C., Gómez, A. J. M., Caicedo, B. L. M., Piernagorda, G. D. & Medina-Pérez, O. A. (2013). Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Revista Cultural del Cuidado*, 10 (2), 49-57.
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. & Méndez, F. X. (2005). Interpersonal Difficulties in Adolescence: A new Self-Report Measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 21 (1), 11-22.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of Positive Mental Health*. Nueva York. Basic Books.
- Lai, H. Y., Siu, A. M. H. & Shek, D. T. L. (2015). Individual and social predictors of prosocial behavior among Chinese adolescents in Hong Kong. *Frontiers in Pediatrics*, 3 (39), 1-5.
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J. & Ferre-Grau, C. (2013). Assessing Positive Mental Health in people with chronic physical health problems:

- correlations with socio-demographic variables and physical health status. *Public Health*, 13 (928), 1471-2458.
- Lluch, M.T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Barcelona. (Tesis de Maestría). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Mantas, J. S., Juvinyá, I. C. D., Bertran, I. N. C., Roldan, M. J. Sequeira, C. & Lluch, C. T. (2015). Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 34-42.
- Medina, O., Irija, M., Martínez, G. & Cardona, D. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Amenia-Quindio. *Revista Virtual, Universidad Católica del Norte* (36), 247-261.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Navarro, B. G. L. (2008). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría. Universidad de Norte de Barranquilla.
- Pascual, A., Conejero, S. & Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences. *Ansiedad y Estrés*, 22, 1-4.
- Perugache, R. A. P., Guerrero, M. R. M. A., Guerrero, C. S. N. & Ortega, O. Y. A. (2016). Efectos de un programa de resiliencia sobre los niveles de salud mental positiva. *Revista Investigium Ire Ciencias Sociales y Humanas*, 7 (1), 76-91.
- Rohlf, I., Borrell, C., Artazcoz, L. & Escriba-Agüir, V. (2007) .The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *Journal of Epidemiology Community Health*, 61 (2), 20-25.
- Samper, P., Mestre, V. & Malonda, E. (2015). Evaluación del rol de variables intelectuales y socioemocionales en la resolución de problemas en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 287-298.
- Santacana, M., F., Kirchner, T., Abad, J. & Amador, J. A., (2012). Differences between genders in coping: Different coping strategies or different stressors? *Anuario de Psicología*, 42 (1), 5-18.
- Scott, J. W. (1988). *Gender and the politics of history*. Nueva York, Columbia University Press.
- Sequeira, C., Carvalho, C., Sampaio, F., Sa, L., Lluch, T. & Rondán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes

- portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.
- Serrano, M. E. & García A. D. (2010). Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes del último año de secundaria. *Multiciencias*, 10 (3), 273-280.
- Valentina, L. & Gulati, J. K. (2014). Gender differences in emotional autonomy profile among adolescents. *Asian Journal of House Science*, 9 (1), 54-59.
- Vargas, B. P. & Wagner, A. (2013). A autonomia na adolescência: Revisando conceitos, modelos e variáveis. *Estudos de Psicologia*, 18 (4), 649-658.

7.5. ARTÍCULO

7.5.1 TÍTULO DEL ARTÍCULO: PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y SALUD MENTAL POSITIVA EN ADOLESCENTES MEXICANOS: UN MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES.

PÁGINA FRONTAL DEL MANUSCRITO

PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y SALUD MENTAL POSITIVA EN ADOLESCENTES MEXICANOS: UN MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

PERCEPTION OF HEALTH AND POSITIVE MENTAL HEALTH IN MEXICAN ADOLESCENTS: STRUCTURAL EQUATION MODELING

Lorena Toribio Pérez,¹ Norma Ivonne González Arratia López Fuentes,¹ Hans Oudhof Van Barneveld,¹ Marta Gil Lacruz.²

¹ Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

² Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

Enviar correspondencia a: Mtra. Lorena Toribio Pérez. Calle Independencia 603. Interior 1. Colonia Santa Clara, Toluca, Estado de México. C.P. 50090. Tel. 7221671026. Email: toribio_lore@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The study of health perception allows knowing the assessment subjects provide on their physical, mental and social welfare. Even when psychological indicators such as positive mental health interact with the general health of teenagers, a descriptive model that include these two variables is yet to be created. **Objective:** The objective of this study is to prove the extent to which positive mental health affects, with the use of structural equations, the perception of health in teenagers. **Method:** The sample was formed by 533 teenagers, 237 men (44.4%) and 296 women (55.6%), between 14 and 20 years of age ($M = 16.3$, $SD = 0.97$),

enrolled in the second and sixth semesters of high school; the subjects were taken from five public morning institutions located in Toluca (México). The Positive Mental Health Scale and Health Perception Questionnaire were applied. **Results:** The results showed positive and significant correlations among the dimensions in both scales. The proposed model showed satisfactory adjustment indices. **Discussion and Conclusions:** The interaction among the variables confirm the importance of both. The obtained model confirms the proposed hypothesis and therefore we can conclude that the positive mental health affects the perception of one's health. These results may provide evidence for the creation of programs that help the promotion of positive psychological indicators that preserve teenager's health.

Key words: health perception, positive mental health, structural equations model, adolescence.

RESUMEN

Introducción: el estudio de la percepción de la salud permite conocer la valoración que realizan los sujetos de su bienestar físico, mental y social. Si bien los indicadores psicológicos como la salud mental positiva interactúan en la salud general de los adolescentes, no se cuenta con modelos explicativos que integren estas dos variables. **Objetivo:** comprobar en qué medida la salud mental positiva incide sobre la percepción de la salud en adolescentes, usando un modelo de ecuaciones estructurales. **Método:** es un estudio transversal analítico, la muestra estuvo conformada por 533 adolescentes, 237 hombres (44.4%) y 296 mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años de edad ($M=16.3$, $DE=.97$), estudiantes de bachillerato que se encontraban cursando entre el segundo y sexto semestre del turno matutino, de cinco escuelas públicas, de la Ciudad de Toluca (México). Se aplicaron la Escala de Salud Mental Positiva y el Cuestionario de Percepción de la Salud. Se llevó a cabo un análisis con el método de ecuaciones estructurales. **Resultados.** El modelo de ecuaciones estructurales propuesto, mostró índices de ajuste satisfactorios. **Discusión y Conclusiones:** la interacción entre las variables corroboran la importancia de ambas. El modelo obtenido comprueba la hipótesis planteada, por lo que se puede concluir que la salud mental positiva influye en la percepción que se tiene de la propia salud. Estos resultados pueden aportar evidencias para la elaboración de programas que promuevan los indicadores psicológicos positivos para la conservación de la salud de los adolescentes.

Palabras clave: percepción de la salud, salud mental positiva, modelo de ecuaciones estructurales, adolescencia.

1. Introducción

La percepción de la salud (Abellán, 2003; Gil-Lacruz, 2007; Souto, 2012; Urzúa, 2010) es una medida global que incluye diferentes dimensiones: física, emocional, social así como síntomas y signos biomédicos (Girón, 2010; Schwartzmann, 2003; Souto, 2012). Su estudio es útil para conocer cómo afecta a los individuos en la realización de las actividades diarias del hogar, del trabajo, sociales, familiares o de ocio, así como su grado de bienestar (Ware & Sherbourne, 1992; Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999).

Las investigaciones respecto a la percepción de la salud se han realizado en muestras de adultos (Botero & Pico, 2007; Burgos et al., 2012; Lugo, García & Gómez, 2006) así como de adolescentes. En estas últimas se tiende a afirmar que los adolescentes en general reflejan una buena percepción de la salud, puesto que en general hacen una autoevaluación favorable en dimensiones como por ejemplo: las que hacen referencia al área física (Duran-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero & Martínez-Salgado, 2004; Tuesca-Molina et al., 2008; Zúñiga et al., 1999), así como la referencia de la ausencia de dolor corporal (Amar et al., 2008). Estos resultados pueden deberse a que dicha evaluación se encuentra matizada en función del contexto cultural y las representaciones sociales sobre la salud que comparten los adolescentes (Gil-Lacruz, M. & Gil-Lacruz, A. 2007), por lo que es necesario considerar sus valores, creencias e historia personal así como del concepto que tienen de la misma (Schwartzmann, 2003; Souto, 2012). Un ejemplo de la influencia cultural se ha observado en muestras de adolescentes colombianos, en donde se reportan niveles bajos en todas las dimensiones (Amar et al., 2008; Tuesca-Molina et al., 2008), mientras que en adolescentes mexicanos destaca menor puntuación en la dimensión salud general (Duran-Arenas et al., 2004; Zúñiga et al., 1999).

Además de que la evidencia indica que la percepción de la salud se asocia de manera importante con indicadores como: el nivel socioeconómico, nivel educativo y el género (Asfar et al., 2007; Blaxter, 1990; Crossley & Kennedy, 2002; Fylkesnes & Forde, 1992; Schnittker, 2004; Wang, Smith, Cumming & Mitchel, 2006; Zimmer, Natividad, Lin & Chayovan, 2000). También vale

la pena tomar en cuenta los beneficios de una buena percepción de la salud, ya que se ha encontrado que funge un papel importante en la adaptación universitaria (Chau & Saravia, 2014) y se encuentra también asociada a la calidad del entorno (Tuesca-Molina et al., 2008).

Adicionalmente se ha reportado que la salud mental positiva (SMP) tiene un papel decisivo durante la adolescencia (González, Gómez, Caicedo, Piernagorda & Medina-Pérez, 2013; Medina, Iriar, Martínez & Cardona, 2012). La SMP se caracteriza por la presencia de recursos psicológicos positivos que permite a los individuos vivir con bienestar, y que de acuerdo con Lluch (1999) es multidimensional y se compone de: la satisfacción personal, la actitud prosocial, el autocontrol emocional, la autonomía, la habilidad de resolver problemas, así como las habilidades de establecer relaciones interpersonales (Lluch 2002). De acuerdo con las evidencias de Amar et al., (2008) y Mercado et al., (2012), los componentes de la SMP, sobre todo la satisfacción personal y la autonomía, se encuentran estrechamente relacionadas con la percepción que los adolescentes reportan de su salud.

Sin embargo, es necesario continuar con la investigación, ya que no se cuenta con un modelo de ecuaciones estructurales acerca de la forma interactuar de estas variables, si bien se han realizado investigaciones con aportes significativos, de tipo descriptivo y correlacional (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012), así como modelos donde se incluyen variables que interactúan con la percepción de la salud, (González y Landero, 2008), es pertinente reconocer el modo en que interactúan, así como el peso de la variable para la explicación de la SMP sobre la percepción de la salud y fortalecer las evidencias científicas acerca de las variables asociadas a la percepción de la salud.

A partir de estos referentes teóricos y metodológicos se plantea como hipótesis que las dimensiones de SMP (la actitud prosocial, el autocontrol, la autonomía, la habilidad de resolver problemas, así como las habilidades de relaciones interpersonales) en conjunto inciden de manera positiva sobre la percepción de la salud de los adolescentes.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es comprobar en qué medida la salud mental positiva incide sobre la percepción de la salud en adolescentes usando ecuaciones estructurales.

De esta forma consolidar la evidencia empírica sobre las variables que se encuentran asociadas a la percepción de la salud.

2. Método

2.1. Diseño del estudio:

Es un diseño de investigación empírica con estrategia descriptiva (Ato, López & Benavente, 2013), de corte transversal analítico (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

2.2. Participantes

El estudio se llevó a cabo en una muestra no probabilística por conveniencia, tomando en cuenta como criterios de inclusión jóvenes de 14 a 20 años de edad y como exclusión, los que se encontraban fuera del rango establecido. Se trabajó con una muestra compuesta por un total de 533 adolescentes, de los cuales 237 son hombres (44.4%) y 296 mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años de edad ($M=16.3$ $DE=.97$). Que en el momento de la evaluación se encontraban estudiando el segundo (32.8%), cuarto (15%), quinto (39.4%) y sexto semestre (12.8%) del turno matutino, de educación media superior.

2.3. Sedes: la investigación se llevó a cabo en cinco Escuelas Públicas de Nivel Medio Superior de la Ciudad de Toluca, México.

2.4. Instrumentos

1. Cuestionario de Salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992): Mide la percepción de la salud y la valoración tanto de estados positivos como negativos de la salud física y el estado emocional (Alonso, Prieto & Antó, 1995; Arostegui, 2008; Vilagut, et al., 2005). Consta de 36 ítems, con diferentes opciones de respuesta, por ejemplo; (si, no), (excelente, muy buena, buena, regular y mala). Integra ocho dimensiones. En cada dimensión, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Se aplicó la versión adaptada para muestras mexicanas, que reporta una confiabilidad de las dimensiones que va de 0.56 a 0.86 (Zúñiga et al., 1999).

Sus dimensiones son: 1) Función física: (10 ítems). Se refiere al grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como: el cuidado personal, caminar y realizar esfuerzos moderados e intensos ($\alpha=0.84$). 2) Rol físico: (4 ítems). Mide el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas ($\alpha=0.70$). 3) Dolor corporal: (2 ítems). Es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar ($\alpha=0.80$). 4) Salud general: (5 ítems). Es la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse ($\alpha=0.73$). 5) Vitalidad: (4 ítems). Evalúa el sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo. ($\alpha=0.83$). 6) Función social: (2 ítems). Es el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual ($\alpha=0.76$). 7) Rol emocional: (3 ítems). Es el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo ($\alpha=0.56$) y 8) Salud mental: (5 ítems). Se refiere a la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general ($\alpha=0.83$).

2. Escala de SMP (Lluch, 1999): consta de 39 reactivos, construidos en escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: (siempre, con bastante frecuencia, con poca frecuencia y nunca). Al extremo positivo se le otorgan cuatro puntos y al extremo negativo un punto. Está conformada por 6 dimensiones: 1) Satisfacción personal (8 ítems): significa estar contentos con la vida y con las perspectivas de futuro. ($\alpha=.82$). 2) Actitud prosocial (5 ítems): es la predisposición activa hacia la sociedad, una actitud altruista, de apoyo y aceptación hacia los demás. ($\alpha=.58$). 3) Autocontrol (5 ítems): es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, equilibrio, control emocional y tolerancia a la ansiedad. ($\alpha=.81$). 4) Autonomía (5 ítems): capacidad para tener criterios propios e independencia, tener seguridad personal, confianza en sí mismo y autorregulación de la propia conducta ($\alpha=.77$). 5) Resolución de problemas y autoactualización (9 ítems): la capacidad de análisis y de adaptación al cambio, habilidad para tomar decisiones, actitud de crecimiento y desarrollo personal constante. ($\alpha=.79$). 6) Habilidades de relación interpersonal (7 ítems): capacidad para socializar con demás, ser empático, entender los sentimientos y dar apoyo emocional. ($\alpha=.71$). Se aplicó la escala

adaptada para muestras mexicanas en el presente estudio, obtenida del análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud, en el que se conservaron cinco de las seis dimensiones, resolución de problemas (5 ítems), actitud prosocial (3 ítems), autocontrol (2 ítems), autonomía (3 ítems) y habilidad de relaciones interpersonales (3 ítems).

3.5. Procedimientos:

Para la realización de la investigación, se obtuvo el permiso de las instituciones donde se realizó el estudio. Se les explicó a los participantes la forma de responder los cuestionarios, así mismo las dudas que surgieron se aclararon en el momento, por parte de los investigadores. Se realizó la aplicación de los instrumentos en forma grupal en una sola sesión, en un tiempo aproximado de 40 minutos, en las respectivas aulas de clase y horarios académicos.

3.6. Análisis estadísticos:

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión, y un análisis de distribución de datos con la prueba de Mardia (1970) tomando en cuenta los coeficientes de asimetría y curtosis y sus respectivos errores típicos. Se realizó un análisis de correlación de Spearman entre las variables. Se realizó un análisis con ecuaciones estructurales, con un modelo hipotético para determinar las relaciones simultáneas entre las variables (Byrne, 2010). La evaluación del modelo se hizo con los siguientes índices de ajuste: Bondad de ajuste absoluto: Chi-Cuadrado (X^2), grados de libertad (df), Razón Chi-cuadrado (X^2/df) con valores entre 2 y 3 (Kline, 2011), índice de bondad de ajuste corregido ($AGFI$) ($>.90$), error de aproximación cuadrático medio ($RMSEA$) y residuo cuadrático medio estandarizado ($SRMR$) con valores entre .05 y .10. Medidas de ajuste incremental con valores por arriba de .90: índice de ajuste normalizado (NFI) Índice de ajuste relativo (RFI) índice de ajuste incremental (IFI), índice no normalizado de ajuste (Coeficiente de Tucker y Lewis) (TLI), índice de bondad de ajuste (GFI). Medidas de ajuste de parsimonia: Índice de bondad de ajuste de parsimonia ($PGFI$) (valores entre .5 y .7) índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) ($>.90$) (Escobedo, Hernández, Estebané & Martínez, 2016; Gunzler, Chen & Zhang, 2013; Hooper, Coughlan & Mullen, 2008; Hu & Bentler, 1998; MacCallum, Browne & Sugawara, 1996) y PCLOSE cercano a 1 (Brown, 2006). Los análisis de datos se realizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y en SPSS Amos, versión 23.0.

3.7. Consideraciones éticas:

El proyecto de investigación fue autorizado por del Comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México. Se obtuvo el permiso de las instituciones donde fue realizado el estudio y se obtuvo la firma del consentimiento y asentimiento informado por parte de los padres y de los participantes respectivamente.

4. Resultados

Los resultados de los análisis descriptivos, muestran una distribución asimétrica para las dimensiones de percepción de la salud, así como para las dimensiones de SMP. La muestra presenta puntajes altos. En el caso de la percepción de la salud se encontró que la dimensión con mayor puntuación fue la dimensión función física ($M=94.16$, $DE=12.71$), seguida de la dimensión rol físico, mientras que se reporta una puntuación más baja en la dimensión vitalidad ($M=67.60$, $DE=16.65$). De las dimensiones de SMP, la media más alta se obtuvo en la dimensión resolución de problemas ($M=3.2$ $DE=0.47$) y la media más baja en la dimensión autocontrol ($M=2.8$, $DE=0.65$) (Ver tabla 1).

Tabla 1.

Media y desviación estándar de las dimensiones de percepción de la salud y salud mental positiva

Dimensiones	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>VALOR MÍNIMO</i>	<i>VALOR MÁXIMO</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
<i>Escala de percepción de la salud</i>						
1. Función física	94.16	12.71	0	100	35.018	80.284
2. Rol físico	91.69	21.02	0	100	26.358	34.663
3. Dolor corporal	75.65	23.05	0	100	7.735	0.071
4. Salud general	70.12	17.32	0	100	2.528	1.350
5. Vitalidad	67.60	16.65	0	100	5.726	2.398
6. Función social	79.15	20.91	0	100	10.632	4.734
7. Rol emocional	80.86	33.21	0	100	13.981	3.355
8. Salud mental	70.56	16.95	0	100	7.113	2.459
<i>Escala de Salud Mental Positiva</i>						
1. Resolución de problemas	3.2	.47	0	4	4.97	.473
2. Actitud prosocial	3.2	.57	0	4	6.84	.82
3. Autocontrol	2.8	.65	0	4	2.98	.20
4. Autonomía	3.0	.67	0	4	7.93	4.45
5. Habilidad de Relaciones interpersonales	2.9	.62	0	4	4.44	1.26

Respecto a los resultados del análisis de correlación, se observa que la mayoría de las correlaciones entre las dimensiones, son de bajas a moderadas, positivas y significativas. Donde cabe señalar que la dimensión autonomía presenta correlaciones significativas con todas las dimensiones de percepción de la salud (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Correlación de Spearman entre las dimensiones de la Percepción de la Salud y SMP.

		Dimensiones de Percepción de la salud						Dimensiones de SMP					
		1.FF	2.RF	3.DC	4.SG	5.VI	6.FS	7.RE	8.SM	9.RP	10.AP	11.AC	12.AN
PS	1.FF												
	2.RF	.241**											
	3.DC	.159**	.260**										
	4.SG	.201**	.168**	.329**									
	5.VI	.243**	.259**	.331**	.421**								
	6.FS	.257**	.317**	.385**	.344**	.499**							
	7.RE	.171**	.351**	.150**	.256**	.289**	.403**						
	8.SM	.209**	.237**	.226**	.425**	.640**	.582**	.438**					
	9.RP	.142**	.03	.04	.257**	.236**	.128**	.076	.260**				
	10.AP	.029	.034	.054*	.032	.095*	.037	.065	.101*	.277**			
SMP	11.AC	.135**	.020	.109*	.240**	.220**	.180**	.057	.354**	.362**	.079		
	12.AN	.102*	.107*	.113*	.197**	.269**	.206**	.142**	.295**	.221**	.052	.185**	
	13.HRI	.144**	.144**	.059	.174**	.228**	.171	.169**	.310**	.268**	.096*	.162**	.027

Nota:

PS=Percepción De la Salud. SMP= Salud Mental Positiva. 1. FF= Función Física. 2. RF=Rol Físico. 3. DC=Dolor Corporal. 4. SG=Salud General. 5. VI=Vitalidad. 6. FS=Función Social. 7. RE=Rol Emocional. 8. SM=Salud Mental. 9. RP= Resolución de Problemas. 10. Actitud prosocial. 11. Autocontrol. 12. Autonomía. 13. Habilidad de relaciones interpersonales.

* $p < 0.05$ y ** $p < 0.01$

Para el análisis de las ecuaciones estructurales para el modelo final de la explicación de la percepción de la salud y con el objetivo de encontrar mayor consistencia, para el presente estudio se trabajó con la escala final obtenida del análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud en el que se conservaron cinco de las seis dimensiones (resolución de problemas, actitud prosocial, autocontrol autonomía y habilidad de relaciones interpersonales) (Ver anexo E1).

En el caso del cuestionario de percepción de la salud, es uno de los instrumentos con mayor consistencia psicométrica en la medida de la percepción de la salud (Alonso et al., 1995; Arostegui, 2008; Vilagut, et al., 2006), a pesar de que no se cuenta con una puntuación general

de la escala y de sus variaciones en cuanto a su nivel de medición en las respuestas, se procedió con el análisis, tomando en cuenta estas características para obtener una variable endógena denominada percepción de la salud, a diferencia de otros autores que consideran dos dimensiones (González y Landero 2008).

Para la realización del análisis, se decidió no incluir la dimensión salud mental, de la escala de percepción de la salud, para evitar efectos de multicolinealidad con las dimensiones de SMP, de tal forma que los componentes del modelo que se sometió a prueba fueron: variables latentes (exógenas: salud mental positiva; endógenas: percepción de la salud); variables observadas (endógenas: resolución de problemas, actitud prosocial, autocontrol autonomía y habilidad de relaciones interpersonales, función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional y función social) y los errores de medida: e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7, e8, e9, e10, e11, e12, e13.

De los resultados del análisis con el método de ecuaciones estructurales, se obtuvo el modelo 1 con índices de bondad de ajuste medianamente aceptables, por lo que se revisaron los índices de modificación y se realizaron modificaciones, se eliminó la dimensión actitud prosocial, y se obtuvo el modelo 2 reespecificado, con algunos índices de ajuste aceptables, sin embargo se relacionaron las dimensiones salud general y función social, obteniendo el modelo 3 reespecificado, y finalmente se relacionó la dimensión rol físico con rol emocional con lo que se obtuvo el modelo 4 reespecificado (Ver figura 1). De acuerdo con estos datos se considera que los índices obtenidos son aceptables y se ajustan a los datos, a pesar de que obtuvo un valor de $p=.000$ (Ver tabla 3).

Tabla 3

Comparación de índices de ajuste del modelo para la explicación de percepción de la salud

	X ²	DF	X ² /DF	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	P
Modelo 1	155.745	53	2.939	.0757	.932	.900	.633	.060	.058	.643	.560	.452	.659	.556	.000
Modelo 2 reespecificado	117.781	43	2.739	.0693	.941	.909	.613	.057	.160	.685	.597	.485	.700	.597	.000
Modelo 3 reespecificado	101.453	42	2.416	.0652	.949	.920	.604	.052	.400	.750	.653	.546	.763	.672	.000
Modelo 4 reespecificado	88.127	41	2.149	.0600	.956	.928	.594	.046	.649	.801	.699	.596	.813	.734	.000

De acuerdo con los coeficientes estandarizados de regresión, los cuales fueron positivos y significativos, la SMP, presenta un efecto directo sobre la percepción de la salud ($\beta=.647$, $p=.000$) y un efecto indirecto sobre las dimensiones: rol físico ($\beta=.211$, $p=.000$), función física ($\beta=.229$, $p=.000$), rol emocional ($\beta=.265$, $p=.000$), función social ($\beta=.488$, $p=.000$), vitalidad ($\beta=.428$, $p=.000$), salud general ($\beta=.428$, $p=.000$) y ausencia de dolor corporal ($\beta=.314$, $p=.000$).

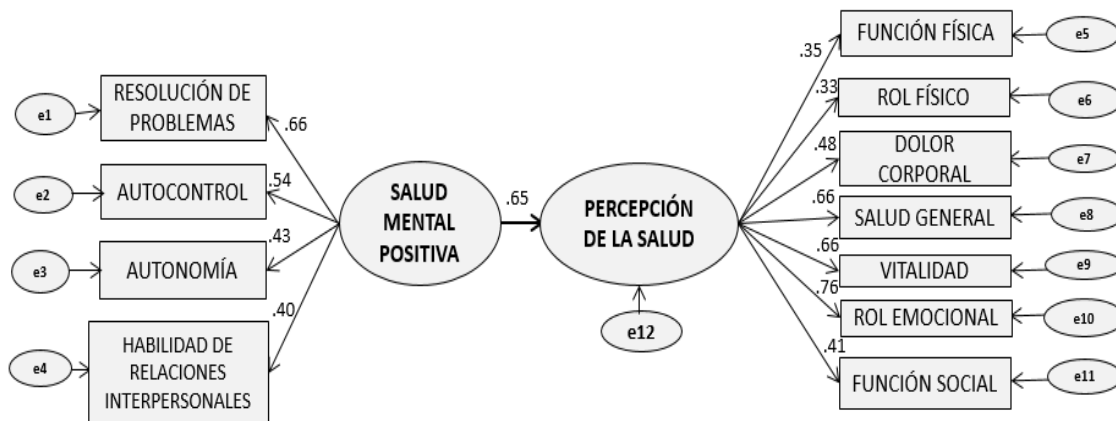


Figura 1. Modelo final de predicción de SMP y percepción de la salud.
Fuente: Elaboración propia.

5. Discusión y conclusiones

Las altas puntuaciones obtenidas en las dimensiones de percepción de la salud, principalmente en función física y rol físico, coinciden con investigaciones realizadas en mexicanos (Duran-Arenas et al 2004; Zúñiga et al., 1999). Se puede inferir que los adolescentes de esta investigación reportan una buena percepción de su salud. Lo anterior sugiere que la función física es una de las dimensiones a las que los adolescentes le confieren mayor importancia como parte de la valoración de su salud. A pesar de ello, es importante continuar indagando al respecto.

Los resultados obtenidos en esta muestra de adolescentes, avalan los altos niveles de SMP, donde destaca la dimensión resolución de problemas, como lo habían reportado Amar et al., (2008), González et al., (2013) y Medina-Pérez et al., (2012). Esto significa que uno de los aspectos de mayor relevancia para la SMP de los adolescentes es ser capaces de tomar decisiones

y adaptarse a los cambios. No obstante es relevante tomar en cuenta la influencia de posibles sesgos. Aunado a esto, se recomienda que en trabajos posteriores se incluya una medida adicional de la salud mental y se evalúe la deseabilidad social, a fin de obtener mayor consistencia en los resultados.

En cuanto a la relación entre percepción de la salud y SMP, los resultados de este estudio indican una relación positiva y significativa entre la mayoría de las dimensiones, lo cual es coherente con lo reportado por varios autores (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012). Se puede afirmar que en la medida en que se presente un elevado nivel de SMP (Lluch, 1999) favorece la percepción de la salud (Abellán, 2003; Gil-Lacruz, 2007; Souto, 2012; Urzúa, 2010). Esto puede deberse precisamente a que quienes viven estados de mayor bienestar emocional, tienen mayor facilidad de mantener su salud general y percibirse sanos. Ante esto, se infiere la importancia de la promoción de emociones positivas durante la adolescencia (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001).

De acuerdo con los índices de ajuste obtenidos de las ecuaciones estructurales, se puede decir que indican un modelo aceptable que se ajusta a los datos (Escobedo et al., 2016; Gunzler et al., 2013; Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1998; Kline, 2011; MacCallum et al., 1996). Los resultados respecto a los coeficientes estandarizados de regresión permiten observar que la SMP presenta un efecto alto y significativo sobre la percepción de la salud (Kline, 2011). Si bien se obtuvieron valores bajos en los índices de carácter incremental: *NFI*, *RFI*, *IFI* y *TLI*, esto no invalida el modelo, ya que se obtuvieron valores aceptables en los índices de bondad de ajuste absoluto (X^2 , *GFI*, *AGFI*, *RMSEA*, *SRMR*) (Boomsma, 2000; Escobedo et al., 2016; McDonald & Ho, 2002).

A pesar de que la evidencia científica confirma la asociación entre la SMP y la percepción de la salud (Amar et al., 2008; Mercado et al., 2012), hasta donde se tienen reportes, no se cuenta con un modelo como el que aquí se plantea, esto significa que los presentes hallazgos pueden implicar un aporte teórico y empírico significativo, ya que estos resultados pueden servir de base para la realización de investigaciones acerca de las variables que se asocian a la percepción de la salud, usando el modelo de ecuaciones estructurales. Se puede inferir que la SMP,

caracterizada por el bienestar emocional, la vivencia de emociones y actitudes positivas, les permite a los adolescentes tener una buena percepción de su salud tanto mental como física.

Aun cuando se obtuvieron hallazgos significativos, esta investigación presenta ciertos límites, debido a que se trabajó con una muestra no probabilística, no se pueden generalizar los resultados. Ante esto, sería importante trabajar con muestras diversificadas con la finalidad de probar nuevos modelos de la interacción entre estas variables, ya que es viable suponer que el presente modelo pueda mejorar, incluso suponer una posible bidireccionalidad entre la SMP y la percepción de la salud.

Como se puede observar, se presentaron correlaciones significativas entre la salud mental positiva y la percepción de la salud, sin embargo vale la pena tomar en cuenta que también se cuenta con valores de correlación débiles, lo cual pudo haber sido un importante sesgo en el resultado del modelo final. Ambas escalas muestran propiedades adecuadas, sin embargo sería fundamental realizar una revisión de las mismas.

A pesar de que la escala de salud mental positiva presenta características psicométricas adecuadas, se recomienda continuar con una revisión exhaustiva, seguir constatando que los ítems de la escala de SMP reflejan el constructo en cuestión, con la finalidad de obtener mayor consistencia psicométrica. Respecto a la escala de percepción de la salud, si bien en el presente estudio se consideró pertinente su uso, debido a que es un instrumento válido para la medición del constructo en cuestión, sería fundamental continuar con la revisión de su validez y fiabilidad, con la finalidad de obtener mayor homogeneidad.

Del mismo modo, de acuerdo con los resultados del modelo, se puede decir que la percepción de la salud no tiene solo una causa o variable asociada, por lo que, además de afirmar el papel de la SMP en la percepción de la salud de los adolescentes, se sugiere que se tomen en cuenta indicadores objetivos de salud (medidas fisiológicas), adjunta a la valoración que realiza el individuo, así como factores que pudieran influir en la salud como la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y variables psicológicas, como rasgos de personalidad, con

la finalidad de poder complementar y obtener modelos acerca de los factores que se relacionan con la salud.

A partir de la hipótesis planteada, se concluye que la SMP presenta un efecto sobre la percepción de la salud de los adolescentes. Este modelo puede aportar fundamentos para enriquecer la evidencia empírica, acerca de las variables asociadas a la percepción de la salud. Así mismo, se recomienda que los programas de prevención de la salud tomen en cuenta la inclusión de la salud mental positiva.

- 1. Financiamiento:** este estudio fue financiado en parte por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y forma parte del proyecto titulado “Salud Mental Positiva, estudios de validación” financiado por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) con clave 3541/2013CHT.
- 2. Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.
- 3. Agradecimientos:** Se agradece el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) así como a la Universidad Autónoma del Estado de México.

Referencias

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *RevMulGetontol*, 13, (5), 340-342.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, M. (1995). La versión española del SF-36, Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): Un instrumentos para la medida de los resultados clínicos. *MedClin*, 104 771-776.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. M., & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Suma Psicológica*, 15 (2), 385-403. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100003>
- Arostegui, M. I. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud, Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50 (167). 147-192.

- Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mullolli, T., Ward, K., & Maziak, W. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*, 7 (177), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2458-7-177
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. Routledge, London.
- Boomsma, A. (2000). Reporting Analyses of Covariance Structures. *Structural Equation Modeling*, 7 (3), 461-483. DOI: 10.1207/S15328007SEM0703_6
- Botero, M. B. E., & Pico, 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York. The Guildford Press.
- Burgos, D. P., Ruiz, A. T., Queipo, B.D., Rescalvo, S. F., Martínez, L. M. M., Amo, M. P., & Burgos, D.C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58 (226), 27-34.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling With AMOS. Basic Concepts, Applications and Programming*. New York. Taylor & Francis Group.
- Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P., & Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población Española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 883-898. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770>
- Chau, C., & Saravia, J. C. (2014). Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*, 23 (2), 269-284. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80434236003>
- Crossley, T., & Kennedy, S. (2002): The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, 21, 643-658. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00007-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00007-3)
- Duran-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., & Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una normativa mexicana en la medición de la calidad de vida relacionada con la

- salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México*, 46 (4), 306-315. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646404>
- Escobedo, P., M. T., Hernández, G., J., A., Estebané O., V., & Martínez, M. G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Cienc Trab*, 18 (55), 16-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>.
- Fylkesnes, K., & Forde, O. (1992). Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health. *Social Science and Medicine*, 35, 271-279.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social aplicada al bienestar*. Zaragoza. Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A. I (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales*, 3-4 (117-118), 183-195. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311813>
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. (Tesis de Doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- González, S. P. C., Gómez, A. J. M., Caicedo, B. L. M., Piernagorda, G. D., & Medina-Pérez, O. A. (2013). Salud Mental Positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Revista Cultural del Cuidado*, 10 (2), 49-57.
- Gunzler, D., Chen, T., Wu, P., & Zhang, H. (2013). Introduction to mediation analysis with structural equation modeling. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25 (6), 390-394. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.06.009.
- Hernández, S. R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55. DOI: 10.1080/10705519909540118
- Idler E. L., & Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health & Social Behavior*, 38, 21-37.

- Kline, R., B. (2011). *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. New York, The Guilford Press.
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. (Tesis de Maestría). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25 (4), 42-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242505>
- Lugo, L. L., García, G. H. I., & Gómez R. C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *RevFacNac Salud Pública*, 24 (2), 37-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024205>
- MacCallum, R. C., Browne, M.W., & Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*, 1 (2), 130-49.
- McDonald, R. P., & Ringo, H. M. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *American Psychological Association*. 7 (1), 64-82. DOI: 10.1037//1082-989X.7.1.64
- Medina, O., Irija, M., Martínez, G., & Cardona, D. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual, Universidad Católica del Norte* (36), 247-261. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224431012> ISSN 0124-5821
- Mercado, S. D., Madariaga, O. C., & Martínez, G. M. (2012). Salud Mental Positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Tolúviejo, Sucre. *Cultura, educación, sociedad*, 3 (1), 157-174.
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *GacSanit*, 15 (4), 34-43.
- Schnittker, J. (2004). Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 286-305. DOI: 10.1177/002214650404500304
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud, aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.

- Souto, S. (2012). *Percepción de la salud, determinantes sociales en la atención primaria*. Tesis doctoral. Universidad de A Coruña. A Coruña.
- Toribio, P. L., González-Arratia, L. F. N. I., Oudhof, V. H., & Gil. L. M. (2015). Validación de la Escala de Salud Mental Positiva en adolescentes mexicanos. Memoria del Primer Congreso Internacional de Ciencias de la Conducta. UAEMEX.
- Tuesca-Molina, R., Centeno, R.H., Ossa, S.M., García, D.N., & Lobo, L.J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla*, 24 (1), 53-63. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000100007&lng=es&tlng=es.
- Urzúa, M.A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *RevMed Chile*, 138, 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2). 135-50. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.
- Wang, J., Smith, W., Cumming, R., & Mitchell, P. (2006). Variables Determining Perceived Global Health Ranks: Findings from a Population based Study. *Annals Academy of Medicine*, 35, 190-197.
- Ware, J. J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30 (6), 473-483.
- Zimmer, Z., Natividad, J., Lin H., & Chayovan, N. (2000). A Cross-national Examination of the Determinants of Self-assessed Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 465-481.
- Zúñiga, M. A., Carrillo, J. G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina, M. M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41 (2), 110-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000200005>

8. RESULTADOS ADICIONALES

En esta sección del estudio se muestran los resultados adicionales, con la finalidad de dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos. En primer lugar se presentan los datos descriptivos de la muestra, así como de las escalas, felicidad, autoestima, optimismo y depresión y la relación entre ellas. En seguida, las diferencias por sexo para cada una de las variables, así como por grupo con y sin sintomatología depresiva. También se muestran los datos obtenidos respecto a la validez de las escalas. De igual forma, con el propósito de dar respuesta al objetivo general de la investigación que consiste en explicar en qué medida los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud) inciden sobre la salud mental positiva en adolescentes con y sin sintomatología depresiva, se exponen los resultados del modelo explicativo de la salud mental positiva.

8.1. DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES, FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO Y DEPRESIÓN.

Con el objetivo de identificar las características sociodemográficas de la muestra, se realizó una clasificación según la edad, la institución de procedencia, el semestre y el promedio académico, donde se puede observar que la mayoría se encuentra en el rango de edad de 16 a 17 años, así mismo, el promedio académico de la muestra general es de 7.9, en una escala de 0 a 10 ($DS=0.76$), la mayoría se encuentra en el rango de promedio académico de 7 a 8.9 (Ver anexo C).

Con la finalidad de conocer la distribución de los datos de la muestra, se hizo un análisis de distribución de normalidad univariante con la prueba *Kolmogorov-Smirnov* para todas las escalas, así como de normalidad multivariante con la prueba de Mardia (1970), con los coeficientes de asimetría y curtosis y sus respectivos errores típicos, obteniendo el estadístico de contraste conjunto.

Los resultados con la prueba *Kolmogorov-Smirnov* muestran que los datos no se ajustan a la curva de normalidad para la escala de felicidad ($Zk-s=.095$, $p=.000$), autoestima ($Zk-s=.095$,

$p=.000$), optimismo ($Zk-s=.075$, $p=.000$) y depresión ($Zk-s=.165$, $p=.000$). De igual forma, en la prueba de normalidad multivariada se puede observar que se presentan valores del estadístico de contraste conjunto por arriba del valor esperado, por lo que se rechaza la hipótesis nula de distribución normal en todas las variables (Ver tabla 2).

En cuanto a la incidencia, se observa que los adolescentes de esta muestra obtuvieron altos niveles de felicidad, autoestima y optimismo, según los criterios de los autores de las escalas. De igual forma se obtuvieron las medias por dimensión, donde se puede observar que respecto a la variable felicidad, las dimensiones con mayor puntuación son sentido positivo de la vida y alegría de vivir. En autoestima la dimensión más alta fue afectivo-emocional y se obtuvo una media más elevada en optimismo disposicional.

En la variable depresión de acuerdo con los rangos establecidos por los autores, la media indica que la muestra se encuentra en el rango denominado ausencia de síntomas de depresión (Beck, Steer & Brown, 1996). En cuanto al análisis de fiabilidad de las escalas, se reportan valores satisfactorios para cada una (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Oviedo & Campo, 2005) (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Media, Desviación Estándar, Asimetría, Curtosis y Alfa de Cronbach de felicidad, autoestima, optimismo y depresión

Escalas y dimensiones	M	DE	Valor mínimo	Valor máximo	Asimetría	Curtosis	Estadístico de contraste conjunto	Alfa de Cronbach
1.Total de Felicidad	106.68	14.8	30	130	10.33	8.55	179.49	.901
2.Sentido positivo de la vida	4.2	.67	1	5	12.74	9.06	308.96	.887
3.Satisfacción con la vida	4.0	.63	1	5	.90	5.0	87.41	.804
4.Realización personal	3.6	.68	1	5	3.91	.73	15.81	.691
5.Alegría de vivir	4.2	.66	1	5	10.16	7.54	160.07	.819
6.Total de Autoestima	85.31	9.91	38	100	10.82	8.70	192.76	.910
7.Yo	3.4	.54	1	4	9.74	4.43	114.48	.834
8.Familia	3.5	.58	1	4	14.66	10.21	319.15	.858
9.Fracaso	3.5	.48	1	4	15.35	17.31	535.25	.769
10.Trabajo intelectual	3.1	.51	1	4	3.78	.24	14.33	.727
11.Éxito	3.1	.51	1	4	.09	1.07	1.14	.659
12.Afectivo-emocional	3.6	.49	1	4	16.28	15.56	507.14	.724
13.Total de Optimismo	160.53	22.02	65	195	8.71	5.40	105.02	.921
14.Optimismo disposicional	4.1	.55	1	5	8.58	4.82	96.84	.934
15.Optimismo situacional	4.0	.65	1	5	8.70	4.89	99.6	.888
16.Total de depresión	7.7	7.3	0	63	.018	27.55	759.0	.846
17.Cognitivo-afectiva	.35	.37	0	4	19.87	29.63	1272.74	.848
18.Somática	.40	.41	0	4	.012	10.52	110.67	.396

8.2. DIFERENCIAS DE FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA VARIABLE SEXO.

Con la finalidad de responder al objetivo específico número 5 (Ver página 44) respecto a corroborar si se presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a felicidad, autoestima, optimismo y depresión según el sexo, se llevó a cabo un análisis con la prueba t de Student. Los resultados permiten afirmar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en felicidad, autoestima y optimismo, así como en las dimensiones, entre hombres y mujeres.

En cuanto a la variable depresión, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, donde las mujeres presentan mayor puntuación (M=8.39, DE=7.4) respecto de los hombres (M=6.83, DE=6.9) ($p=.013$, $t=-2.490$, $d=-.10$), así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión somática, donde las mujeres obtienen mayor puntuación (M=.47, DE=.43) que los hombres (M=.32, DE=.36) ($p=.000$, $t=-4.145$, $d=-.18$) (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Prueba t de Student de felicidad, autoestima, optimismo y depresión, según la variable sexo

Escala y dimensiones	Hombres		Mujeres		P	T	Cohen D	Tamaño del efecto (d)
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar				
1.Total de felicidad	106.44	14.94	106.88	14.7	.733	-.342	-.02	-.01
2.Sentido Positivo de la vida	4.25	.72	4.31	.63	.339	-.957	-.08	-.04
3.Satisfacción con la vida	4.04	.64	4	.63	.499	.676	.06	.03
4.Realización personal	3.64	.67	3.73	.68	.126	-1.535	-.13	-.06
5.Alegría de vivir	4.27	.62	4.2	.69	.206	1.266	.10	.05
6.Total de autoestima	85.4	10.0	85.25	9.85	.858	.179	.01	.00
7.Yo	3.45	.53	3.39	.54	.176	1.356	.11	.05
8.Familia	3.49	.57	3.56	.59	.237	-1.184	-.12	-.06
9.Fracaso	3.54	.45	3.49	.50	.284	1.03	.10	.05
10.Trabajo intelectual	3.11	.51	3.16	.51	.215	-1.241	.09	.04
11.Éxito	3.17	.51	3.09	.50	.082	1.741	.01	.00
12.Afectivo emocional	3.63	.50	3.66	.49	.464	-.733	-.06	-.03
13.Total de optimismo	161.48	21.55	159.76	22.40	.368	.901	.07	.03
14.Optimismo disposicional	4.15	.54	4.12	.56	.549	.6	.05	.02
15.Optimismo situacional	4.1	.63	4.02	.66	.142	1.47	.12	.06
16.Total de Depresión	6.83	6.9	8.39	7.4	.013	-2.490	-.21	-.10
17. Dimensión cognitivo-afectiva	.32	.36	.37	.38	.104	-1.629	-.13	-.06
18.Dimensión somática	.32	.36	.47	.43	.000	-4.145	-.37	-.18

8.3. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES, SALUD MENTAL POSITIVA, FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO, PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y DEPRESIÓN.

Con el fin de confirmar el objetivo número 4 de la investigación (Ver página 44), respecto a la relación entre las variables, se llevó a cabo un análisis de correlación entre los totales de las escalas y sus dimensiones, donde se encontraron correlaciones moderadas positivas y estadísticamente significativas entre la mayoría de las dimensiones y correlaciones negativas y

significativas con la variable depresión. La variable depresión no presenta correlaciones significativas con las dimensiones actitud prosocial y rol físico. Las dimensiones de salud mental positiva presentan correlaciones débiles con la mayoría de las dimensiones de percepción de la salud (Ver Anexo D).

8.4. DATOS DE DEPRESIÓN EN LA MUESTRA DE ADOLESCENTES

8.4.1. GRUPO CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo número 6, respecto a identificar el grupo con y sin depresión (Ver página 44), primeramente, se hizo la clasificación de acuerdo a los criterios establecidos por los autores donde a partir del punto de corte 14 se considera presencia de síntomas de depresión. Se realizaron análisis descriptivos para identificar la prevalencia de depresión, y de acuerdo con los resultados se encontró que el 85.4% de la muestra presenta ausencia de depresión o síntomas mínimos (puntuación de 0 a 13) y el 14.6% (n=78) presentan síntomas de depresión (puntuación de 14 a 63) (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Depresión por rango en la muestra total

Nivel	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de depresión	0-13	455	85.4%
Depresión leve	14-19	42	7.8%
Depresión moderada	20-28	23	4.3%
Depresión severa	29-63	13	2.4%
	Total	N=533	100%

8.4.2 SALUD MENTAL POSITIVA, FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN LOS GRUPOS CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.

Posteriormente, para dar respuesta al objetivo número 7 (donde se planteó comparar el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en adolescentes con y sin sintomatología depresiva), se llevó a cabo el siguiente procedimiento, se identificó el porcentaje de la muestra que presentaba sintomatología depresiva de acuerdo al puntaje, en el que quedó un grupo compuesto por 78 casos, que de acuerdo al nivel de depresión que presentan,

como se puede observar, en su mayoría se ubican en el rango de depresión leve (53.84%) (Ver tabla 5).

Tabla 5

Grupo con sintomatología depresiva por rango

Rangos de sintomatología depresiva	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
14-19	Depresión leve	42	53.84%
20-28	Depresión moderada	23	29.48%
29-63	Depresión severa	13	16.66%
Total		n=78	100%

A continuación, con la finalidad de hacer las comparaciones entre el grupo con depresión (n=78) y sin depresión, se eligió al azar de la muestra total una submuestra de 78 participantes, sin sintomatología depresiva, por lo que se trabajó con una muestra compuesta ahora por 156 casos, de los cuales son 66 hombres y 90 mujeres.

Para corroborar si existen diferencias significativas entre los grupos con y sin sintomatología depresiva, en el nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, se realizó un análisis con la prueba *t de Student*, donde se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las dimensiones, el grupo sin depresión presenta puntuaciones más altas. Las dimensiones actitud prosocial ($p=.38$, $t=-.88$, $d=-.07$), habilidad de relaciones interpersonales ($p=.207$, $t=1.26$, $d=.10$), función física ($p=.127$, $t=1.29$, $d=.10$) y rol físico ($p=.507$, $t=.666$, $d=.05$) no presentan diferencias estadísticamente significativas en los grupos con y sin depresión (Ver tabla 6).

Tabla 6

Prueba t de Student para salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, en los grupos con y sin sintomatología depresiva

Variables	Grupo sin depresión		Grupo con depresión		p	T	Cohen d	Tamaño del efecto (d)
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar				
1. Total de salud mental positiva	122.32	12.47	111.24	13.6	.000	5.30	.84	.39
2.Resolución de problemas	3.32	.38	3.03	.47	.000	4.14	.67	.32
3.Actitud prosocial	3.29	.68	3.38	.58	.380	-.88	-.14	-.07
4.Satisfacción personal	3.47	.53	3.06	.67	.000	4.20	.67	.32
5.Autocontrol	2.94	.46	2.49	.51	.000	5.68	.92	.42
6.Autonomía	3.02	.64	2.72	.61	.003	3.03	.49	.24
7.Habilidad de relaciones interpersonales	2.9	.69	2.76	.65	.207	1.26	.20	.10
8.Total de felicidad	108.15	12.9	87.67	17.17	.000	8.40	1.30	.55
9.Sentido positivo de la vida	4.41	.57	3.46	.82	.000	8.34	1.34	.55
10.Satisfacción con la vida	4.04	.58	3.33	.75	.000	6.55	1.05	.46
11.Realización personal	3.61	.74	3.03	.67	.000	5.06	.82	.38
12.Alegría de vivir	4.33	.54	3.56	.85	.000	6.71	1.08	.47
13.Total de autoestima	86.96	8.03	73.58	11.97	.000	8.10	1.31	.54
14.Yo	3.48	.49	2.84	.63	.000	7.04	1.13	.49
15.Familia	3.61	.50	3.14	.77	.000	4.49	.72	.34
16.Fracaso	3.58	.41	2.96	.65	.000	7.09	1.14	.49
17.Trabajo intelectual	3.19	.44	2.80	.63	.000	4.46	.71	.33
18.Éxito	3.21	.50	2.65	.46	.000	7.24	1.16	.50
19.Afectivo-emocional	3.7	.41	3.20	.70	.000	5.36	.87	.39
20.Total de optimismo	163.51	20.1	138.05	27.54	.000	6.50	1.05	.46
21.Optimismo situacional	4.2	.51	3.57	.68	.000	6.48	1.04	.46
22.Optimismo disposicional	4.16	.58	3.44	.83	.000	6.18	1.00	.44
23.Función física	93.20	14.14	90	16.67	.197	1.29	.20	.10
24.Rol físico	89.10	22.28	86.53	25.7	.507	.666	.10	.05
25.Dolor corporal	78.84	21.72	69.55	26.07	.017	2.41	.38	.19
26.Salud general	74.74	18.99	58.01	17.04	.000	5.78	.92	.42
27.Vitalidad	68.97	15.67	53.97	18.95	.000	5.38	.86	.39
28.Función social	81.02	18.41	64.42	26.42	.000	4.55	.72	.34
29.Rol emocional	82.90	32.11	55.98	42.8	.000	4.44	.71	.33
30.Salud mental	72.20	15.69	53.17	18.62	.000	6.89	1.13	.49

8.5. FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN ADOLESCENTES.

En este apartado se presentan los resultados con la finalidad de dar respuesta al objetivo general de la investigación (explicar en qué medida los factores protectores: felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, inciden sobre la salud mental positiva en adolescentes con y sin sintomatología depresiva).

Con el propósito de obtener un modelo parsimonioso con las variables relevantes, se inició por el análisis factorial de tipo exploratorio y confirmatorio, de las escalas de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y depresión. Para el análisis factorial exploratorio se tomó en cuenta el índice de *Kaiser-Meyer Olkin*, (*KMO*) y la prueba de esfericidad de *Barlet* (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Lloret-Segura et al., 2014; Méndez & Rondón, 2012; Pérez & Medrano, 2010). Se seleccionó el método de componentes principales para la extracción de los nuevos factores y el número de factores por extraer se hizo con el criterio del porcentaje de varianza.

Para el análisis factorial confirmatorio, se llevaron a cabo análisis con el método de máxima verosimilitud, se consideraron pesos factoriales por arriba de .50 y la evaluación de los modelos se hizo con los siguientes índices de ajuste: Bondad de ajuste absoluto: Chi-Cuadrado (X^2), grados de libertad (gl), Razón Chi-cuadrado (X^2/gl) con un criterio entre 2 y 3 (Kline, 2011), índice de bondad de ajuste corregido (*AGFI*) (>.80), error de aproximación cuadrático medio (*RMSEA*) y residuo cuadrático medio estandarizado (*SRMR*) con valores entre .05 y .10. Medidas de ajuste incremental con valores por arriba de .90: índice de ajuste normalizado (*NFI*) Índice de ajuste relativo (*RFI*) índice de ajuste incremental (*IFI*), índice no normalizado de ajuste (Coeficiente de Tucker y Lewis) (*TLI*), índice de bondad de ajuste (*GFI*). Medidas de ajuste de parsimonia: Índice de bondad de ajuste de parsimonia (*PGFI*) (valores entre .5 y .7) índice de bondad de ajuste comparativo (*CFI*) (>.90) (Escobedo, Hernández, Estebané & Martínez, 2016; Gunzler, Chen & Zhang, 2013; Hooper, Coughlan & Mullen, 2008; Hu & Bentler, 1998; Kline, 2011; MacCallum Browne & Sugawara, 1996) y PCLOSE cercano a 1 (Brown, 2006).

8.5.1 ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO Y CONFIRMATORIO DE LAS ESCALAS DE SALUD MENTAL POSITIVA, FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO Y DEPRESIÓN.

En primer lugar, en el caso de la escala de SMP, se realizó un análisis factorial exploratorio con un criterio de pesos factoriales arriba de .50, con el método de componentes principales y rotación oblim (Luch, 1999). El índice *KMO* fue satisfactorio (.870 $p=.000$) y se obtuvo un grado de correlación significativo entre las variables de la escala de acuerdo con la prueba de esfericidad de Barlet de 5971.442 ($p=.000$). Se extrajeron las 6 dimensiones en 6 iteraciones, que explican el 45.43% de la varianza total, y donde se conservaron 25 ítems, las dimensiones son: 1) Resolución de problemas (7 ítems), 2) Actitud prosocial (5 ítems), 3) Satisfacción personal (3 ítems), 4) Autocontrol (4 ítems), 5) Autonomía (3 ítems) y 6) Habilidad de relaciones interpersonales (3 ítems).

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio con el programa AMOS versión 23.0 y el método de máxima verosimilitud. Se planteó un modelo de 6 factores y en virtud de que no se tenían valores perdidos, se trabajó con la muestra total. El modelo resultante no ajustó a los datos, por lo que se revisaron los índices de modificación y se eliminó el ítem 21, sin embargo como se puede observar se obtuvo el modelo 2 reespecificado con índices de ajuste por debajo del criterio, por lo que posteriormente se eliminó el ítem el 7, y aunque se obtuvo el modelo 3 reespecificado con algunos índices aceptables, se eliminó el ítem 31 y la dimensión satisfacción personal, resultando el modelo 4 reespecificado, y por último se eliminó el ítem 35, se comprobaron los índices de ajuste absoluto, incrementales y de parsimonia, y del modelo 5 reespecificado (Ver tabla 7) los índices resultaron ser satisfactorios (Ver anexo E1).

Tabla 7

Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de salud mental positiva

	X ²	gl	X ² /gl	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	P
Modelo 1	411.701	174	2.366	.0775	.918	.891	.691	.051	.421	.780	.681	.615	.787	.735	.000
Modelo2 reespecificado	336.237	155	2.169	.0749	.929	.903	.685	.047	.761	.89	.705	.638	.816	.766	.000
Modelo 3 Reespecificado	290.092	137	2.117	.0702	.934	.908	.673	.046	.820	.815	.709	.637	.822	.769	.000
Modelo 4 Reespecificado	207.989	109	1.908	.0639	.944	.921	.672	.041	.954	.854	.744	.681	.859	.818	.000
Modelo 5 Reespecificado	158.321	94	1.684	.0635	.952	.931	.658	.036	.994	.905	.801	.746	.908	.878	.000

En segundo lugar, respecto a la escala de felicidad, se realizó un análisis factorial exploratorio, con el método de componentes principales y *rotación ortogonal* de tipo *varimax*, con un criterio de peso factorial arriba de .50. Los resultados mostraron un índice de *KMO* satisfactorio (.941 $p=.000$) y un grado de correlación significativo entre las variables de la escala de acuerdo con la prueba de esfericidad de Barlet de 6194.988 ($p=.000$). Se extrajeron 4 dimensiones, que de acuerdo a su claridad conceptual y punto de quiebre de la varianza, explican el 54.48% de la varianza total, las dimensiones son 1) sentido positivo de la vida (9 ítems), 2) satisfacción con la vida (5 ítems), 3) alegría de vivir (5 ítems) y 4) realización personal (2 ítems).

Enseguida se realizó un análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud, los resultados obtenidos en el primer modelo no ajustaron adecuadamente a los datos, pues se encuentran por debajo del criterio establecido, por lo que fue necesario hacer una reespecificación del modelo y después de revisar los índices de modificación y la varianza residual, se decidió eliminar el ítem 25, después el 19, posteriormente el 13, y por último el ítem 14, obteniendo el modelo 5 reespecificado (Ver anexo E2), que si bien algunos índices no se encuentran dentro del rango establecido, puede considerarse un modelo aceptable (Ver tabla 8).

Tabla 8

Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de felicidad

	X ²	gl	X ² /gl	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	P
Modelo 1	372.678	164	2.272	.0582	.885	.853	.691	.049	.598	.740	.625	.566	.749	.699	.000
Modelo2															
Reespecificado	308.631	146	2.114	.0621	.894	.862	.687	.046	.832	.748	.622	.588	.758	.705	.000
Modelo 3															
Reespecificado	258.406	129	2.003	.0593	.905	.874	.683	.043	.920	.764	.631	.563	.774	.720	.000
Modelo 4															
Reespecificado	206.676	113	1.829	.0578	.919	.890	.678	.039	.981	.793	.649	.577	.803	.751	.000
Modelo 5															
Reespecificado	170.540	98	1.740	.0504	.921	.890	.663	.037	.989	.824	.680	.608	.833	.785	.000

Respecto a la escala de autoestima, se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y *rotación ortogonal* de tipo *varimax*. El índice *KMO* fue satisfactorio (.926 $p=.000$) y el grado de correlación entre las variables de la escala fue significativo, de acuerdo con la prueba de esfericidad de Barlet de 5875.252 ($p=.000$). De acuerdo con los resultados, de seis dimensiones se conservaron solo cuatro, 1) Fracaso (7 ítems), 2) familia (5 ítems), 3) Yo (6 ítems) y 4) Trabajo intelectual (7 ítems). Los 25 ítems, explican el 56.2% de la varianza total.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud. Los índices de bondad de ajuste para el primer modelo no ajustaron a los datos, por lo que se revisaron los índices de modificación y se realizaron 3 ajustes, para el modelo reespecificado 1, se eliminó el ítem 20, sin embargo, la mayoría de los índices resultaron menores al criterio, por lo que se decidió eliminar el ítem 22 y aunque hubo un ligero incremento, los índices de ajuste continuaban por debajo del criterio establecido, por lo que se eliminó el ítem 23, sin embargo los índices de modificación indicaban una relación entre los ítems 1, 2 y 3. De nuevo se corrió el programa y del modelo 5 resultante (Ver anexo E3), los índices de bondad de ajuste son aceptables (Ver tabla 9).

Tabla 9

Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de autoestima

	X ²	gl	X ² /gl	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	p
Modelo 1	312.817	129	2.415	.0899	.895	.861	.675	.052	.336	.723	.617	.546	.733	.672	.000
Modelo 2															
Reespecificado	244.090	113	2.160	.0833	.909	.877	.671	.047	.742	.772	.657	.587	.781	.726	.000
Modelo 3															
Reespecificado	174.167	98	1.777	.0769	.923	.893	.665	.038	.984	.859	.737	.677	.865	.828	.000
Modelo 4															
Reespecificado	144.743	84	1.723	.0679	.939	.899	.651	.037	.986	.878	.760	.700	.883	.848	.000
Modelo 5															
Reespecificado	133.976	82	1.634	.0671	.935	.905	.639	.035	.994	.896	.778	.716	.900	.867	.000

Para continuar con el procedimiento de validación de las escalas, se realizó un análisis factorial exploratorio de la escala de optimismo, con el método de máxima verosimilitud y rotación varimax, con un criterio de peso factorial arriba de .50. El índice *KMO* fue satisfactorio (.956 $p=.000$) así como la prueba de esfericidad de Barlet (9827.735, $p=.000$). La escala conservó sus dos dimensiones, optimismo disposicional con 16 ítems y optimismo situacional con 8 ítems que explican el 38.418% de la varianza total.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud, los resultados mostraron un modelo con índices de ajuste por debajo del criterio establecido, para obtener mayor ajuste del modelo se revisaron los índices de modificación, donde se indicaba una relación entre los ítems 11 y 10, por lo que se obtuvo el modelo 2 reespecificado, sin embargo los valores continuaban por debajo del criterio, por lo que se eliminó el ítem 1, aunque los índices del modelo reespecificado 3 aumentaron ligeramente, se relacionó el ítem 19 y 14, con lo cual se obtuvo el modelo 3 (Ver anexo E4), si bien resultaron algunos índices de ajuste menores al rango establecido, se puede considerar un modelo con índices de ajuste medianamente aceptables (Ver tabla 10).

Tabla 10

Comparación de índices de bondad de ajuste de los modelos del análisis factorial confirmatorio de la escala de optimismo

	X ²	gl	X ² /gl	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	P
Modelo 1	184.915	64	2.889	.0903	.858	.798	.603	.060	.056	.586	.500	.391	.605	.495	.000
Modelo 2															
Reespecificado	153.249	63	2.433	.0820	.882	.830	.611	.052	.367	.691	.586	.487	.706	.617	.000
Modelo 3															
Reespecificado	111.311	52	2.141	.0593	.910	.856	.607	.046	.681	.758	.643	.547	.772	.693	.000
Modelo 4															
Reespecificado	101.551	51	1.991	.0636	.918	.875	.600	.043	.812	.794	.674	.578	.806	.734	.000

Para la variable depresión, se realizó un análisis factorial exploratorio, con el método de componentes principales y *rotación varimax*, con un criterio de peso factorial arriba de .50, en el que se obtuvieron las 2 dimensiones de la escala, 1) cognitivo-afectiva (7 ítems) y 2) somática (5 ítems). El análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud, mostró un modelo con índices de bondad de ajuste aceptables (Ver anexo E5), por lo que se decidió no realizar reespecificaciones (Ver tabla 11).

Tabla 11

Índices de bondad de ajuste del modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de depresión

	X ²	gl	X ² /gl	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	p
Modelo 1	39.576	26	1.522	.0525	.945	.905	.546	.031	.950	.836	.666	.538	.853	.772	.043

8.5.2. MODELO EXPLICATIVO DE LA SALUD MENTAL POSITIVA.

Después de obtener los datos de validez de las escalas, se procedió a comprobar el modelo hipotetizado de la investigación (Ver página 40) (donde las variables felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud tienen un efecto directo y positivo hacia la salud mental positiva e inversa con la depresión). Para probar el modelo se optó por la no inclusión de la variable percepción de la salud, debido a que particularmente ésta escala tiene niveles de medición diversos, por lo que presenta falta de homogeneidad. Si bien es una escala con índices de confiabilidad aceptables, para éste tipo de análisis es pertinente el uso de escalas con mayor

consistencia psicométrica. Así mismo, previo al análisis factorial confirmatorio se obtuvieron correlaciones débiles entre las dimensiones de percepción de la salud y salud mental positiva.

Por lo tanto, se llevó a cabo el análisis con el programa AMOS versión 23.0, en el que se incluyeron los puntajes totales de las dimensiones de las escalas, resultantes de los análisis factoriales confirmatorios, los componentes del modelo que se sometió a prueba fueron: variables latentes (exógenas: felicidad, autoestima y optimismo; endógenas: salud mental positiva y depresión); variables observadas (endógenas: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, alegría de vivir, realización personal, fracaso, familia, trabajo intelectual, yo, optimismo disposicional, optimismo situacional, resolución de problemas, actitud prosocial, autonomía, autocontrol, habilidad de relaciones interpersonales, dimensión cognitivo afectiva y dimensión somática) y los errores de medida: e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7, e8, e9, e10, e11, e12, e13, e14, e15, e16, e17, e18 y e19.

Los resultados del análisis mostraron un modelo con índices de ajuste por debajo del criterio (Kline, 2011) (Ver tabla 12). Sin embargo, de acuerdo con algunos autores (Arias 2008; Boomsna, 2000; Kline, 2011; McDonald & Ho, 2002), el modelo puede ser aceptable, ya que cumple algunos de los criterios establecidos ($\chi^2/gf=3.353$, GFI=.873, AGFI=.821, RMSEA=.067, SRMR=.07).

El modelo presenta coeficientes de correlación entre las variables, estadísticamente significativos. La felicidad presenta una relación significativa con el optimismo ($r=.91$, $p=.000$) y con la autoestima ($r=.92$, $p=.000$), y esta a su vez con el optimismo ($r=.90$, $p=.000$). De igual forma, se cuenta con coeficientes estandarizados de regresión positivos y significativos, para explicar la salud mental positiva, donde la felicidad ($\beta=.203$ $p=.000$) y el optimismo ($\beta=.581$, $p=.001$) tienen un efecto directo y positivo sobre la salud mental positiva. En este caso la autoestima ($\beta=.055$, $p=.000$) no presenta un efecto significativo sobre la salud mental positiva. A su vez, los coeficientes de regresión para explicar la depresión de manera inversa, fueron negativos y significativos, donde la felicidad ($\beta=-.806$, $p=.001$) y autoestima ($\beta=-.162$, $p=.001$) presentan un efecto directo sobre la depresión, el optimismo no presenta un efecto significativo sobre la depresión ($\beta=-.013$, $p=.001$) (Ver figura 2).

Tabla 12

Índices de bondad de ajuste del modelo estructural para la explicación de la salud mental positiva

Modelos	X ²	gl	X ² /gl	SRMR	GFI	AGFI	PGFI	RMSEA	PCLOSE	CFI	NFI	RFI	IFI	TLI	p
Modelo 1	321.922	96	3.353	.0744	.873	.821	.617	.067	.000	.624	.553	.441	.638	.529	.000

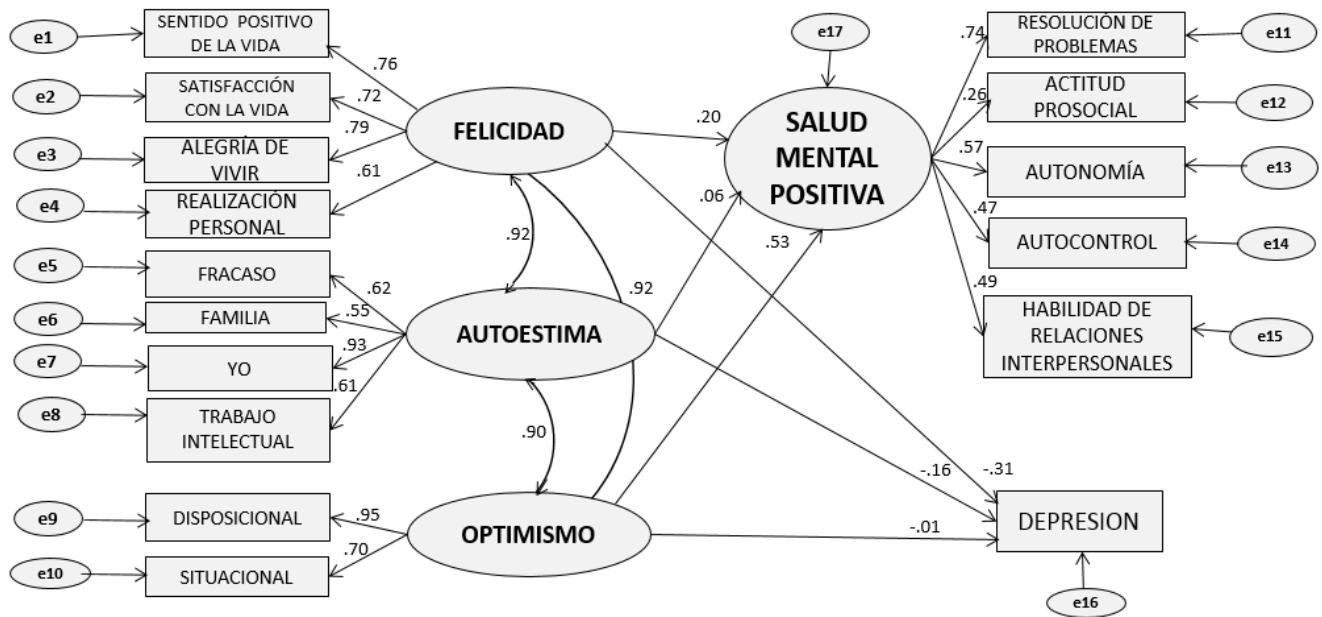


Figura 2. Modelo Estructural para la explicación de la salud mental positiva en adolescentes.
 Fuente: Elaboración propia

9. DISCUSIÓN GENERAL

Para el logro del modelo final de la explicación de la salud mental positiva, previamente se realizaron análisis de validez y confiabilidad de las escalas, se obtuvieron los niveles que presenta la muestra de adolescentes, las diferencias en hombres y mujeres, y las diferencias en los grupos con y sin sintomatología depresiva, como a continuación se analizan, para una mayor comprensión.

9.1. Índices de validez y confiabilidad de la Escala de Salud Mental Positiva para la muestra de adolescentes.

El objetivo específico número uno de la investigación, fue obtener datos de validez de la escala de salud mental positiva, para lo cual se realizaron un análisis factorial exploratorio y confirmatorios. Los resultados por medio del análisis factorial exploratorio, mostraron una estructura sintetizada pero coherente (Méndez & Rondón, 2012) y los valores obtenidos son similares a los reportados por otros autores (González et al., 2012; Luch, 1999; Martínez et al., 2014; Sequeira et al., 2014). Como se puede observar, el análisis factorial confirmatorio, mostró un modelo con índices de ajuste aceptables (Escobedo et al., 2016; Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1998; Kline, 2011; MacCallum et al., 1996), lo cual es similar con los resultados de González-Arratia y Valdez (2016). Las diferencias con la escala original, puede deberse a que cuando se emplea una escala que no es propia de la cultura, pueden presentarse modificaciones (Chahín-Pinzón, 2014; He & Van de Vijver, 2012).

En relación a los coeficientes de fiabilidad, se obtuvo una buena consistencia interna, con valores aceptables, sobre todo cuando la escala se usa con fines de investigación (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Oviedo & Campo, 2005). Esta fiabilidad, es similar a lo reportado en la escala original (Lluch, 1999), y con los resultados de Martínez et al., (2014), González et al., (2012) y Sequeira et al., (2014). Por lo que se puede decir que la escala obtenida en el presente estudio mantiene adecuados índices de validez y fiabilidad para aplicarse en muestras

mexicanas, sin embargo se recomienda continuar con la revisión de su estructura a fin de poder obtener mayor evidencia al respecto.

9.2. Índices de validez y confiabilidad de las escalas de felicidad, autoestima, optimismo y depresión para la muestra de adolescentes.

Continuando con la validez de las escalas, los resultados del análisis factorial confirmatorio, para felicidad, autoestima, optimismo y depresión, indican índices de bondad de ajuste aceptables, con lo que se confirma la validez de estos constructos (Escobedo et al., 2016; Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1998; Kline, 2011; MacCallum et al., 1996). De manera complementaria, los coeficientes de fiabilidad obtenidos en las escalas de felicidad, autoestima, optimismo y depresión, indican una buena consistencia interna (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Oviedo & Campo, 2005). Si bien se obtuvo una estructura factorial coherente para cada escala, así como una fiabilidad aceptable, se recomienda continuar especificando los modelos para obtener mayor evidencia psicométrica, tomando en cuenta la teoría de los constructos.

9.3. Niveles de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en adolescentes.

De acuerdo con los resultados descriptivos, la muestra bajo estudio presenta altos niveles de salud mental positiva, estos hallazgos coinciden con estudios anteriores realizados en muestras de adolescentes (Amar, et al., 2008; Mercado et al., 2012), de hecho presentan mayores puntuaciones en la dimensión satisfacción personal, lo que es posible que se deba a factores como la edad y el hecho de ser estudiantes ya que les permite enriquecer el proceso de socialización y ajuste psicosocial (Anton et al., 2007). Así mismo, de acuerdo con Park et al., (2013) el hecho de establecer relaciones con los demás les brinda la oportunidad, no solo de apoyarse en los demás, si no también de otorgar apoyo emocional, lo que conduce a una mayor satisfacción. Sin embargo, las causas pueden ser interdependientes ya que se encuentran en una edad en la que aún están consolidando su identidad y personalidad, razón por la cual quizá, muestran también puntuaciones bajas en la dimensión autocontrol. Por lo que es necesario continuar analizando si esta tendencia se presenta en otros grupos.

En relación con lo anterior, se obtuvieron altos niveles de felicidad, autoestima y optimismo, lo cual coincide con estudios recientes (Caycho & Castañeda 2015; Núñez et al., 2015). Se puede inferir que estos altos niveles se deben al hecho de encontrarse en edad escolar, este contexto propicia mayor felicidad, lo cual puede influir en la autoestima de los individuos (Anton et al., 2007) así como en el optimismo (Jiang et al., 2014; Londoño 2009; Roat et al., 2014), pues brinda la oportunidad a los estudiantes de obtener conocimiento e información y los éxitos académicos pueden contribuir al desarrollo de recursos personales (Moreno & Marrero 2015), así mismo al desarrollo de relaciones interpersonales y de apoyo emocional (Csikszentmihalyi & Patton 1996; Park et al., 2013; Peterson, 2006) que propician a su vez mayor bienestar. Por lo que sería importante analizar estas variables en una muestra no escolarizada, a fin de sustentar aún más estos hallazgos.

Así mismo, se encontró que la muestra presenta adecuada percepción de la salud, tal y como se había reportado en muestras mexicanas (Zúñiga et al., 1999), de igual forma, se obtuvieron altas puntuaciones en la dimensión función física, lo que coincide con lo que habían reportado en investigaciones anteriores (Duran-Arenas et al., 2004; Tuesca-Molina et al., 2008). Es posible que estos resultados tengan que ver con la edad en la que se encuentran. Ya que de acuerdo con González et al., (2008), la edad es un factor que afecta la percepción de la salud, en este sentido, se puede inferir que durante la adolescencia, los individuos cuentan con factores protectores que influyen en la percepción positiva de su salud, como pueden ser los procesos de socialización, el apoyo social, la participación en las actividades escolares y el contexto académico.

9.4. Diferencias de salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud entre hombres y mujeres adolescentes.

Respecto a los resultados de la variable salud mental positiva entre hombres y mujeres adolescentes, se obtuvieron diferencias significativas en 4 de las 6 dimensiones, donde las mujeres tienen mayor facilidad de mostrar actitudes prosociales y tener satisfacción personal, como lo confirman evidencias anteriores (Lluch, 1999; San Martín & Barra; 2013), igualmente manifiestan mayor habilidad de relación interpersonal, lo que coincide con los resultados de González et al., (2013), Lluch-Canut et al., (2013) y Mantas et al., (2016). En cambio los

hombres son quienes presentan mayor autocontrol emocional que las mujeres, como lo afirman González et al., (2013). Estos resultados pueden deberse a que las mujeres tienen mayor facilidad para ser empáticas (Garaigordobil, 2009; Lai et al., 2015) y que en la cultura mexicana, se describe a las mujeres como dependientes afectivas, que se preocupan por los demás (Díaz-Loving et al., 2015), razón por la cual pueden establecer una mayor cantidad de redes sociales. En cambio los resultados a favor de los hombres pueden deberse a la influencia de los estereotipos que mencionan Díaz et al., (2012) y González-Arratia y Valdez (2013b) de que los hombres mexicanos deben de ser fuertes, no mostrar debilidad emocional y enfrentarse ante cualquier adversidad de forma individual. Se puede decir que continúan presentándose divergencias en las diferencias de salud mental positiva de acuerdo al sexo, lo cual puede variar de una cultura a otra de acuerdo a los roles que se exigen (Forsythe, 2010).

En el caso de la percepción de la salud, los resultados también muestran que las mujeres manifiestan con mayor frecuencia problemas de salud mental como estados de ánimo depresivos, lo que concuerda con los estudios de Tiesca-Molina et al., (2008). En cambio, los hombres continúan mostrando mejor percepción de su salud (Zúñiga et al., 1999). Estos hallazgos también pueden deberse a diversos factores socioculturales (Schwartzmann, 2003) y de estereotipos sexuales (Díaz-Loving et al., 2015; Díaz et al., 2012), que pueden influir en la evaluación que los individuos realizan de su salud. Es posible que ambos sexos se encuentren limitados a lo que su cultura les permite expresar en los aspectos relacionados con la salud (Rohlf et al., 2007; Scott, 1988). En el caso de las mujeres, tienen mayor permisividad para expresar estados de ánimo depresivos o de ansiedad, así como problemas de salud física (Friedman, 2011; Tiesca-Molina et al., 2008; Zúñiga et al., 1999), a diferencia de los hombres a quienes les es más difícil, por las exigencias de que deben de mostrar fortaleza, es posible que no estén manifestando sus problemas emocionales o de salud física.

Relativo a la felicidad, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, de acuerdo con estos resultados se puede afirmar que el sexo es una variable con poco o ningún efecto para que las personas sean felices como lo han reportado en investigaciones anteriores (Alarcón, 2013; Diener et al., 1999; Garaigordobil, 2015; González-Arratia & Valdez, 2013c; Moyano & Ramos, 2007; Salgado, 2009; Veenhoven, 2009; Yiengprugsawan et al., 2012).

De la misma manera, en cuanto al optimismo no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que discrepa con lo que expone Salgado (2009), quien afirma que las mujeres poseen mayores niveles de optimismo, en este tenor, Caycho y Castañeda (2015), hacen alusión a la importancia de la participación de los factores culturales, y que la expresión de emociones puede ser de acuerdo a las pautas de la cultura a la que se pertenece, en este sentido, se puede pensar que tanto hombres como mujeres mantienen actitudes de optimismo disposicional y situacional, lo que significa que ambos sienten la capacidad de hacer lo necesario para lograr sus metas y piensan que tendrán resultados favorables.

Referente a la autoestima, no se obtuvieron diferencias significativas en hombres y mujeres, a diferencia de lo que reportaron Moreno y Marrero (2015) donde los hombres obtienen puntuaciones más altas y que las mujeres suelen presentar baja autoestima. En este sentido, parece fundamental tomar en cuenta los estereotipos sexuales (Díaz-Loving et al., 2015; Díaz et al., 2012) ya que nuevamente la cultura puede ejercer una fuerte influencia en la forma en la que las mujeres se autovaloran, de hecho, Rosenberg (1975), hacía referencia a que la autoimagen y la autoestima en las mujeres les produce más problemas que en los hombres porque tienen mayor preocupación de lo que los demás piensas de ellas.

Por lo anterior, se puede inferir, que de acuerdo con los resultados de esta investigación, tanto hombres como mujeres cuentan con recursos que propician un concepto positivo, como pueden ser la oportunidad de desarrollar relaciones con los demás y enriquecer los procesos de socialización (Csikszentmihalyi & Patton 1996; Peterson, 2006) que les permiten consolidar su identidad. Es posible que las mujeres cuenten con recursos que estén propiciando una autoestima sana, como pueden ser factores del contexto académico (Anton et al., 2007), así mismo, es probable que la formación académica (Moreno & Marreo 2015), el desarrollo de fortalezas y logros académicos influya en su autoevaluación positiva.

9.5. Salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud en adolescentes con y sin sintomatología depresiva.

Con el propósito de analizar los hallazgos de la variable depresión, se analizan los resultados de la incidencia de la depresión, las diferencias por sexo, así como las diferencias en los grupos con y sin sintomatología depresiva. De esta forma, se encontró una incidencia de síntomas de depresión, en el 14.6% de la muestra, al respecto, estos datos son semejantes a otros estudios realizados en adolescentes mexicanos donde se reporta 15.6% (Veytia, 2012), sin embargo para confirmar algún trastorno es necesario realizar un diagnóstico completo, además es importante pensar en la influencia de variables circunstanciales, como el momento de la aplicación. Esta presencia de síntomas de depresión puede estar relacionada con factores estresantes en el ámbito escolar como sugieren Eisennarth (2012) y Manjunath y Kulkarni (2013).

En relación a las diferencias de la variable depresión en hombres y mujeres, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas donde las mujeres presentan mayor puntuación que los hombres. Este resultado, coincide con lo reportado en otras investigaciones (Belló et al., 2005; Benjet et al., 2009; González-Fortaleza et al., 2015), por lo que se puede inferir que siguen siendo las mujeres quienes padecen de mayores síntomas depresivos, al respecto se puede decir, que es posible que la adolescencia sea un periodo de mayor vulnerabilidad para las mujeres adolescentes.

Así mismo, de acuerdo con González-Fortaleza et al., (2015), se debe considerar que el estigma hacia la depresión en hombres puede conducir a que se intenten ocultar o enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo, como involucrarse en actos violentos o de intento de suicidio, que si bien legitiman su masculinidad, lo hacen a un elevado costo, aunado a lo anterior es necesario continuar indagando, para obtener evidencias acerca de los factores asociados a estas diferencias.

Los resultados en el grupo de adolescentes con y sin sintomatología depresiva, indicaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables, donde el grupo sin sintomatología depresiva presenta mayor nivel de salud mental positiva, felicidad, autoestima,

optimismo y percepción de la salud. En este sentido, en acuerdo con la evidencia empírica se puede afirmar que a mayor salud mental positiva (Manjunath & Kulkarni, 2013; Perales et al., 2003), felicidad (Layous et al., 2001; Lu & Shih, 1997), autoestima (Eisennarth, 2012; Weber & Rose, 2012) optimismo (Vera-Villaroel et al., 2009) y buena percepción de la salud (Marco et al., 2006) los adolescentes presentarán menores síntomas de depresión.

Es fundamental continuar las investigaciones al respecto para obtener evidencias sólidas acerca de las variables que son fundamentales en la promoción de la salud mental para evitar síntomas de depresión. Ya que la depresión impide a las personas sentirse satisfechas y encontrarle sentido a la vida, presentan una baja autoestima y actitudes pesimistas centradas en las emociones negativas, así mismo presentan dificultades para resolver los problemas y afrontar la adversidad de manera eficaz, por lo que la promoción de las emociones y acciones positivas, tiene beneficios para disminuir los síntomas de depresión (Layous et al., 2001; Lu & Shih 1997).

9.6. Modelo de Explicación de la salud mental positiva

El objetivo general de la investigación consistió en explicar en qué medida los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud) explican la salud mental positiva en adolescentes. Para cumplir con este objetivo, se puso a prueba un modelo estructural con las variables del modelo hipotetizado de esta investigación. En el cual no se incluyó la variable percepción de la salud. El resultado final, mostró algunos índices de bondad de ajuste por debajo del criterio establecido (Brown, 2006; Gunzler et al., 2013; Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1998; MacCallum et al., 1996), sin embargo de acuerdo con varios autores (Arias 2008; Boomsna, 2000; Kline, 2011; McDonald & Ho, 2002), es posible considerar un modelo aceptable cuando se cumple con los criterios Razón Chi-cuadrado (X^2/df), error de aproximación cuadrático medio (*RMSEA*), el Índice de validación cruzada esperada (ECVI), la Raíz estandarizada media cuadrada residual (SRMR), el índice de bondad de ajuste (GFI) y el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI). En este sentido, el modelo obtenido en la presente investigación presenta índices de bondad de ajuste (X^2/df , SRMR, GFI, AGFI y RMSEA), para considerarse aceptable.

Por lo que se puede decir que el modelo obtenido es coherente con lo planteado acerca de las variables asociadas a la salud mental positiva. De acuerdo con los resultados, se comprobó parcialmente la hipótesis de la explicación de la salud mental positiva. Por lo que se puede afirmar que la felicidad, la autoestima y el optimismo explican la salud mental positiva como se esperaba, y explican de manera inversa la depresión. Lo que indica que en la medida en que los adolescentes experimenten, mayor felicidad, autoestima y optimismo, tendrá un efecto directo sobre su salud mental positiva, así como menor presencia de síntomas de depresión, lo que coincide con otras investigaciones (Eisennarth, 2012; Manjunath & Kulkarni, 2013; Perales et al., 2003).

Respecto a la asociación entre felicidad y salud mental positiva, a pesar de que se ha sustentado por numerosos autores (Amar et al., 2008; Kamkary & Shokrzadeh, 2012; Rafiei et al., 2012; Yiengprugsawan et al., 2012), aún se cuenta con pocas evidencias que muestren resultados de modelos explicativos. En este estudio, el efecto que presenta la felicidad en la salud mental positiva, es similar al que obtuvieron Ahmadi et al., (2014). Estos resultados pueden deberse a que las personas felices (Alarcón, 2006) viven con mayor satisfacción y sentido positivo de la vida, lo cual propicia un mayor equilibrio y bienestar mental y emocional. De igual manera es probable que los sentimientos de felicidad se encuentren ligados a la adaptación académica, al desarrollo de amistades, de apoyo emocional y a los éxitos académicos, lo cual puede proporcionar mayor seguridad y autonomía, autocontrol emocional y capacidad de resolver problemas (Park et al., 2013).

Referente al optimismo, los resultados permiten afirmar que es un recurso de la personalidad que explica la salud mental positiva de manera directa, ante esto, son escasos los estudios de tipo explicativo que reporten el porcentaje de varianza, en este sentido Vera-Villaroel y Celis-Atenas (2014), encontraron que el optimismo tiene un efecto en la salud mental teniendo como mediador el afecto positivo. De acuerdo con la evidencia empírica (Carver et al., 2014; Conversano et al., 2010; Michelle et al., 2014; Vera-Villarroel & Celis-Atenas, 2014), se puede inferir que el optimismo contribuye a generar seguridad en sí mismo, mayor compromiso y apoyo en las relaciones con los demás, autonomía, capacidad de tomar decisiones, resistencia para afrontar de manera más eficaz las adversidades y capacidad de resolver los problemas. Por

lo que se deduce la importancia de tener pensamientos positivos hacia el futuro y mantener la esperanza, ya que las personas interesadas en tener logros y que se esfuerzan en conseguirlos, mantienen su salud mental.

Los resultados muestran que la autoestima puede ser un predictor de la salud mental positiva, el resultado obtenido en la presente investigación es semejante con lo que reportaron González et al., (2008) en una muestra de mujeres mexicanas. Se puede decir, que de acuerdo con algunos autores (Kumari & Sharma, 2016; Michelle et al., 2014) la evaluación positiva de sí mismo, proporciona un mecanismo de protección para la salud mental, ya que esta autoevaluación cognitiva y positiva y el conocimiento de las propias fortalezas, facilita tener pensamientos positivos, de igual modo, la confianza que tiene en sí mismo el individuo, en que puede ser capaz de lograr sus metas, genera mayor satisfacción personal y sensación de realización, así como una percepción positiva hacia los aspectos de la vida en general. Por el contrario la baja autoestima en los adolescentes puede generar inestabilidad, falta de confianza, pesimismo y depresión (Góngora & Casullo, 2009).

Cabe destacar que el resultado de la relación entre felicidad y autoestima, ha sido ampliamente sustentada (Anton et al., 2007; Dogan et al., 2013; Erozkán et al., 2016; Garaigordobil, 2015; Lyubomirsky et al., 2005b; Moreno & Marrero, 2015; Michelle et al., 2014; Núñez et al., 2015; Tsigilis, 2015; Vera-Villaruel et al., 2009), al respecto se puede inferir que la autoestima es un recurso fundamental para la felicidad en los adolescentes, lo cual puede deberse que la confianza en sí mismo y el autoconcepto positivo, conlleva a logros académicos y personales, lo cual genera mayor satisfacción y sentido positivo de la vida.

Así mismo, la relación entre optimismo y felicidad, coincide con los resultados de recientes investigaciones (Carver et al., 2014; Caycho & Castañeda, 2015; Jiang et al., 2014; Lyubomirsky, 2008; Moreno & Marrero, 2015), al respecto se puede decir que es posible que durante la adolescencia, la formación de expectativas hacia el futuro, les permita tener un sentido positivo de la vida, así mismo, si mantienen una actitud optimista respecto a sus habilidades y capacidades, mantendrán la confianza en que lo que hacen tienen sentido, por lo que se sienten satisfechos con su vida. De igual manera, el optimismo les permite resolver las situaciones

conflictivas de forma eficiente (Chico, 2002; Leilan, 2014), viviendo en menor medida sentimientos de frustración. Además, es posible que esta actitud optimista se vea fortalecida por un autoconcepto estable y sano (Hutz et al., 2014; Roat et al., 2014; Vera-Villaroel et al., 2009), ya que es probable que los adolescentes que reconocen sus fortalezas y trabajan en mejorar sus debilidades, obtendrán mayores éxitos personales y académicos.

Como se puede observar, de acuerdo con los resultados obtenidos en el modelo de explicación de la salud mental positiva, se puede afirmar que las variables felicidad, autoestima y optimismo, presentan un efecto directo e inverso sobre la depresión. Al respecto Alarcón (2006) y Manujunath y Kukarni (2013), afirman que la felicidad es un recurso que evita los síntomas de depresión, así como lo es el optimismo (Carver et al., 2014; Conversano et al., 2010; Michelle et al., 2014; Vera-Villarroel & Celis-Atenas, 2014). Esto puede deberse a que las personas que tienen una percepción positiva de su vida, se sienten satisfechos con la vida y se enfocan al logro de sus objetivos, así mismo mantienen la esperanza de que cumplirán sus perspectivas de futuro, tendrán menores posibilidades de presentar emociones negativas y síntomas de depresión. Sin embargo, las evidencias con modelos explicativos de la influencia de las variables positivas en la depresión siguen siendo escasos, por lo que se sugiere continuar analizando la relación entre éstas variables.

Si bien la variable percepción de la salud presenta correlaciones positivas y significativas con la felicidad, autoestima, optimismo y depresión, no se incluyó en el modelo final, ya que presentó correlaciones débiles con las dimensiones de salud mental positiva. En estudios anteriores, se reporta una correlación significativa con la autoestima (González et al., 2008) y el optimismo (Vera-Villaroel y Celis-Atenas, 2014). Por lo que se sugiere revisar las propiedades psicométricas de la escala y continuar especificando modelos que incluyan la percepción de la salud, debido a la importancia de tomar en cuenta la evaluación que hacen los individuos de su propia salud.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que se obtuvieron hallazgos significativos. Los resultados de esta investigación permiten consolidar la evidencia acerca de las variables asociadas a la salud mental positiva, a través de modelos explicativos, ya que actualmente no se

cuenta con un modelo para explicar la salud mental positiva que incluya de forma simultánea las variables bajo estudio, sobre todo en muestras mexicanas.

Es importante señalar, que el estudio de las variables positivas, no descarta los trastornos mentales. Por lo que es fundamental tomar en cuenta, que para intervenir en muestras diagnosticadas con algún problema psicológico como la depresión, es necesario contar con evidencias sólidas. Es así, que estos resultados pueden tomarse en cuenta como base para futuras investigaciones e intervenciones, que tengan como finalidad indagar acerca de los factores protectores de la salud mental tanto en muestras no clínicas como en personas diagnosticadas. De esta forma, tener mayor claridad de los recursos y estrategias que se deben de promover, para que las personas vivan con bienestar y salud mental, y menor presencia de trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad. De igual manera, de acuerdo con Tarragona (2013), se sugiere continuar con las investigaciones, para obtener mayor evidencia acerca de los mecanismos que participan para enfrentarse de forma eficaz ante la adversidad y resolución de situaciones conflictivas o estresantes, así como, las estrategias que deben de implementarse para la intervención psicológica.

También se debe de señalar que la presente investigación presenta ciertas limitaciones que deben de tomarse en cuenta. Por tratarse de un muestreo no probabilístico, estos resultados solo se pueden extrapolar a la muestra bajo estudio. Si bien los sujetos cumplieron con los criterios de inclusión, sería pertinente trabajar con muestras diversificadas, de diferentes edades, así como muestras clínicas, a fin de continuar enriqueciendo la evidencia respecto a la salud mental positiva.

En cuanto los instrumentos utilizados, específicamente respecto a la validez de la escala de salud mental positiva, se cumplió con los criterios necesarios para obtener el mejor ajuste psicométrico de la escala, en primer lugar se realizó una revisión exhaustiva de la misma por medio de un grupo de jueces expertos en la materia, como se recomienda por algunos autores (Escobar & Cuervo, 2008), así mismo se llevó a cabo un pilotaje de la escala, lo cual permitió identificar que los ítems fueran comprensibles a la muestra meta del estudio. Una vez llevado a cabo el análisis factorial exploratorio, se realizaron varias modificaciones, ya que no se mantuvo

la estructura de la escala original. Si bien, el resultado del análisis factorial confirmatorio permitió obtener una estructura coherente respecto a los ítems y dimensiones, estos cambios pudieron haber sido una importante fuente de sesgo, y que pudo haberse reflejado en el modelo final. Lo cual lleva a la consideración de que la salud mental positiva es un constructo complejo, por lo que se requiere continuar investigando para obtener mayor consistencia, así mismo, aunque se puede lograr una adaptación y validez de escalas de otros países, también sería importante plantear la posibilidad de la elaboración de una nueva escala, incluso analizar la definición del constructo salud mental positiva.

Respecto a la escala de percepción de la salud, se consideró una escala factible para su aplicación en esta investigación, debido al interés de conocer la relación entre la salud física y mental, es una escala que ha sido ampliamente utilizada y sustentada para medir la percepción de la salud, así mismo mostró índices de fiabilidad aceptables y permitió obtener la medida subjetiva de la percepción de la salud, sin embargo, tomando en cuenta que es fundamental conocer la relación que presenta la salud con otras variables, es necesario continuar ajustando las características psicométricas de la escala a fin de poder obtener una medida con mayor validez y confiabilidad, esto es importante para poder realizar investigaciones no solo de tipo descriptivo, si no también explicativo, ya que esto también pudo haber sido una importante fuente de sesgo y al mismo tiempo una limitante para la obtención del modelo final de la investigación.

Otro aspecto importante, es que la escala ha sido usada por diversos autores para medir constructos diferentes como calidad de vida relacionada con la salud (Amar et al., 2008; Botero & Pico, 2007; Burgos et al., 2012), sin embargo, después de realizar una revisión y análisis de la misma, en el presente estudio se llega a la conclusión de que es un cuestionario que permite obtener una medida subjetiva de la percepción de la salud. Así mismo, dada la importancia de medir y reportar el estado de salud de los individuos, también es necesario tomar en cuenta además de la medida subjetiva, una medida objetiva (de tipo fisiológico) de la salud, con el fin de enriquecer los resultados de la relación con las variables bajo estudio.

En cuanto a los resultados del modelo de la explicación de la salud mental positiva, es fundamental continuar reespecificando diferentes modelos, ya que puede haber otros modelos

que también expliquen la salud mental positiva. De igual forma incluir otras variables que puedan estar asociadas a la salud mental positiva, siempre teniendo presente la evidencia teórica, por ejemplo, sería importante incluir variables de tipo social, como la influencia de instituciones como la familia, el apoyo social y los factores académicos, ya que en este estudio se trabajó con variables individuales.

Así mismo se recomienda continuar el análisis de los factores que intervienen como protectores de la salud mental positiva durante la adolescencia, puesto que es una etapa fundamental donde las personas consolidan su identidad y personalidad, así como recursos psicosociales básicos, los cuales les permitirán ser capaces de mantener un equilibrio emocional, afrontar las adversidades de la vida, tener mayor bienestar y salud mental.

10. SUGERENCIAS

Los hallazgos de la presente investigación resultan significativos, ya que con estos resultados, se contribuye a la consolidación de la evidencia teórica y empírica, a través de modelos explicativos, acerca de las variables asociadas a la salud mental positiva, en adolescentes mexicanos. Por lo tanto, con la finalidad de continuar enriqueciendo la evidencia al respecto, así mismo, tomando en cuenta también los límites de esta investigación y aunado a que es fundamental continuar con el desarrollo de bases sólidas en psicología, para la elaboración de programas de intervención, se exponen las siguientes sugerencias:

En cuanto a los resultados de la validez de las escalas, es necesario continuar con los procesos de validación para encontrar mayor consistencia psicométrica en la medida de la salud mental positiva, si bien el resultado final de la escala de salud mental positiva de esta investigación, muestra una escala coherente y con propiedades psicométricas adecuadas, incluso sería conveniente plantearse la posibilidad de construir una nueva escala para medir dicho constructo.

Del mismo modo, se recomienda seguir con el análisis y revisión de la escala de percepción de la salud, ya que sí bien, permite obtener una medida subjetiva de la percepción de la salud, sin embargo, debido a la complejidad que muestra la escala en el tipo de respuestas, sería necesario,

realizar una revisión, con la finalidad de unificarlas y poder obtener mayor validez en la medida de ésta variable.

De acuerdo con los resultados la muestra presentó altos niveles de salud mental positiva, felicidad, autoestima y optimismo, lo cual se considera coherente de acuerdo a las características de la muestra, ya que es posible que cuenten con recursos propios de la edad, así mismo, puede estar asociado a las oportunidades que brinda el contexto académico como anteriormente se mencionó, sin embargo se recomienda en futuras investigaciones tomar en cuenta una medida de deseabilidad social para evitar en la medida de lo posible sesgos en la investigación.

Respecto a los resultados de la variable depresión, se sugiere en futuras investigaciones trabajar con una muestra diagnosticada, ya que el estudio de las emociones positivas, no descarta los trastornos psicológicos, por lo tanto, esto permitiría contar con mayor evidencia para realizar una intervención psicológica adecuada, en el tratamiento de los síntomas de la depresión. Así mismo, en relación con la escala de depresión, la versión utilizada presentó valores adecuados de validez y confiabilidad, a pesar de que se cuenta con otras versiones de la misma (Moral, 2013), sin embargo se sugiere continuar analizando la escala para obtener mayores evidencias psicométricas al respecto, ya que es fundamental continuar las investigaciones acerca de la depresión en adolescentes mexicanos.

En lo relacionado con los resultados de las diferencias de la salud mental positiva entre hombres y mujeres, así como de las variables felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión, se recomienda realizar investigaciones para conocer la influencia de los estereotipos y premisas socioculturales en la expresión de las emociones, de la autoevaluación, en la percepción de la propia salud y en la forma de enfrentarse ante las adversidades y solucionar problemas.

En relación a los resultados del modelo de explicación de la salud mental positiva, es necesario considerar que aunque es coherente con los criterios teóricos y el resultado es un aporte significativo, se sugiere continuar especificando modelos, con la finalidad de contar con mayor evidencia que permita explicar la salud mental positiva, ya que son posibles otros modelos que

también expliquen la salud mental. Por lo tanto se recomienda tener en cuenta varios aspectos, como mayor consistencia psicométrica de los instrumentos que miden los constructos asociados a la salud mental positiva, la evidencia teórica acerca de su asociación como se hizo en el presente estudio y trabajar con muestras probabilísticas y diversificadas. Así mismo, también se sugiere poner a prueba otros modelos, donde se tome en consideración que es probable que haya variables que presenten efectos mediadores y no directos para explicar la salud mental positiva, sobre todo tomando en cuenta que cada variable presenta un grado de complejidad teórico e instrumental, también sería permitente analizarlas para evitar efectos de multicolinealidad.

Además, se considera fundamental continuar con los estudios acerca de los factores que influyen en la salud mental de los adolescentes, en este sentido se recomienda indagar acerca de su relación con variables como las socioculturales, socioeconómicas, de educación, con la calidad de vida, así como con los servicios de salud, ya que las desigualdades socioeconómicas pueden generar un ambiente social inadecuado para las necesidades y salud mental de los individuos.

También se recomienda continuar con la investigación de la variable felicidad en muestras mexicanas, ya si bien se ha considerado una variable compleja, actualmente se cuenta con amplia evidencia de su posible medición, así como importantes avances acerca de su asociación con otras variables, sin embargo, en México aún son escasos los estudios al respecto, de tal forma que sería significativo indagar sobre su asociación con variables como las creencias y premisas culturales, así como con la calidad de vida. De la misma forma trabajar con muestras diversificadas.

Es necesario continuar con el desarrollo de investigaciones acerca de las variables asociadas a la salud mental positiva, para contar con mayor sustento y poder posteriormente elaborar programas de promoción e intervención, tomando en cuenta las variables positivas, en contextos como el académico, donde se tiene la oportunidad del apoyo de los programas institucionales.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, así como con otros autores, la felicidad, autoestima y optimismo intervienen en la salud mental de los adolescentes, por lo que el fortalecimiento de emociones positivas permite a los individuos tener la capacidad de

enfrentarse de manera más eficiente ante la adversidad de la vida, evitando en la medida de lo posible la presencia de los efectos negativos que conlleva la vivencia de eventos negativos. Las personas con salud mental positiva y bienestar emocional, obtienen beneficios en las distintas áreas de su vida, como por ejemplo mayor satisfacción con la vida, capacidad de identificar y desarrollar diversas fortalezas y virtudes personales, de tal forma ser capaces de desarrollar sus habilidades, también mantienen relaciones interpersonales sanas, éxitos académicos, mejor adaptación escolar, satisfacción laboral, funcionamiento familiar y adaptación social. Teniendo en cuenta que el objetivo central de la psicología positiva, es el estudio del funcionamiento óptimo del ser humano, se considera fundamental continuar con la investigación y promoción de los rasgos individuales y emociones positivas.

11. CONCLUSIONES GENERALES

Una vez realizada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se obtuvieron índices adecuados de validez y confiabilidad de las Escalas de Salud Mental Positiva, felicidad autoestima, optimismo y depresión, para muestras de adolescentes mexicanos.
2. Se obtuvieron índices aceptables de fiabilidad de la escala de percepción de la salud.
3. La muestra presenta altos niveles de salud mental positiva, felicidad autoestima y optimismo, así como una buena percepción de la salud.
4. Se presentan correlaciones significativas entre salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud y negativa con la depresión.
5. Se encontraron diferencias significativas en salud mental positiva según el sexo, en las dimensiones actitud prosocial, satisfacción personal y habilidades de relación interpersonal a favor de las mujeres.
6. Se encontraron diferencias significativas en percepción de la salud según el sexo, en las dimensiones: salud general, salud mental, ausencia de dolor corporal, vitalidad y rol emocional, a favor de los hombres.
7. No se encontraron diferencias significativas en felicidad, autoestima y optimismo, según la variable sexo.

8. Se encontraron diferencias significativas en depresión, según la variable sexo, donde son las mujeres quienes presentan mayores puntuaciones de síntomas de depresión.
9. Se encontró que el 14.6% de la muestra presentan síntomas de depresión.
10. Se encontraron diferencias significativas en salud mental positiva, felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud, según la variable depresión, donde el grupo sin depresión presenta niveles más altos en todas las variables.
11. La autoestima y el optimismo inciden de manera significativa en la felicidad en adolescentes.
12. La felicidad y el optimismo explican significativamente la salud mental positiva en adolescentes.
13. La felicidad y optimismo explican inversamente la depresión en adolescentes. En el sentido de que a mayores niveles de felicidad y optimismo menor depresión.
14. Se obtuvo un modelo con ecuaciones estructurales, con índices de ajuste aceptables, para explicar la salud mental positiva.
15. Se comprobó parcialmente la hipótesis de la explicación de la salud mental positiva en adolescentes.
16. Es fundamental continuar con las investigaciones respecto a la salud mental positiva, en adolescentes, con la finalidad de obtener mayor evidencia acerca de las variables asociadas.

12. Bibliohemerografía utilizada

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Gerontología*, 13 (5), 340-342.
- Acosta, R. & Hernández, J.A., (2004). La autoestima en la educación. *Revista Límite. I.* 82-95.
- Ahmadi, F., S. H., Yazdkhasti, F., Safari, H. S. & Nasr, E. M. H. (2014). Infertile Individuals' Marital Relationship Status, Happiness, and Mental Health: A Causal Model. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8 (3), 315-324.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, (1), 96-106.
- Alarcón, R. (2013). Construcción y validación de escala para medir el optimismo. En J.C. Alchieri y J.B. Porto (Orgs.). Conferencias do XXXIV Congresso Interamericano de Psicología (pp.377-388). Brasilia: SBPOT.
- Alarcón, R., & Caycho, T. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9 (1), 59-69.
- Alarcón, R. (2007). Investigaciones sobre psicología de la felicidad. Congreso Latinoamericano de estudiantes de psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, M. (1995). La versión española del SF-36, Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *MedClin*, 104 771-776.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A.M., & Velásquez, B. (2008): Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo, *Suma Psicológica*, 15 (2), 385-403. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100003>
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. & Tomas, A. (2012). Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista Psicológica Trujillo*, 14 (2), 144-163.
- Anolli, L. (2005). *El optimismo. Aumenta la energía y mejora la calidad de vida*. España. Alienta Optimiza.
- Anton, Buelga & Cava, (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima en el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*. 38. (2). 293- 303.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. Seminario de actualización en Investigación sobre Discapacidad SAID.

- Arostegui, M.I. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud, Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50 (167), 147-192.
- Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mullolli, T., Ward, K., & Maziak, W. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*, 7 (177), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2458-7-177
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barra, A. E., Cancino, F. V., Lagos, M. G., Leal, G. P., & Martín, V. J. S. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y salud*, 15. (2), 231-239.
- Barradas, A. M. E., Sánchez, B. J. M., Guzmán, I. L. M. & Balderrama, T. J. A., (2012). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1 (2), 123-135.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bello, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 47 (1), S4-S11.
- Beltrán, M. C., Freyre, M. & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30 (1), 5-13.
- Benjet, C., Borges, G. Medina, M. E., Fleiz, C., & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano, prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, 46. (5), 417-424.
- Benjet, C. Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (2), 155-163.
- Blaxter, M. (1990): *Health and lifestyles*. London, Routledge.
- Boomsma, A. (2000). Reporting Analyses of Covariance Structures. *Structural Equation Modeling*, 7 (3), 461-483. DOI: 10.1207/S15328007SEM0703_6

- Botero, M.B. E. & Pico, 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Análisis for Applied Research*. New York. The Guildford Press.
- Burgos, D. P., Ruiz, A. T., Queipo, B. D., Rescalvo, S.F., Martínez, L.M.M., Amo, M.P., & Burgos, D.C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58 (226), 27-34.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling With AMOS. Basic Concepts, Applications and Programming*. New York. Taylor & Francis Group.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios Instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Carver, Ch. S. & Scheier M. F. (2014). Dispositional Optimism. *Trends Cogn Sci*, 18-(6), 293-299.
- Carver, Ch., S. Scheier, M., F. & Segerstrom, S. C. (2014). Optimism. *Clin Psychol Rev*, 30 (7), 879-889.
- Castillo-Laguna M. & Amador-Velázquez, R. (2014). La salud mental en estudiantes de psicología: un estudio descriptivo. *Revista electrónica, Medicina, Salud y Sociedad*, 5 (1). 59-69.
- Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P., & Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población Española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 883-898. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770>
- Caycho, R., T. & Castañeda, M., C. (2015). Felicidad y optimismo en adolescentes y jóvenes peruanos y paraguayos: un estudio predictivo. *Salud y sociedad*, 6 (3), 250-263.
- Chahín-Pinzón, N. (2014). Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8 (2). 109-112.
- Chau, C., & Saravia, J.C., (2014). Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*, 23 (2), 269-284. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80434236003>

- Chico, L. E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Cohen, J. (1988), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della, V. O., Arpone, F., & Reda, M. A., (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-59.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. Consulting Psychologists Press.
- Crossley, T., & Kennedy, S. (2002). The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, 21, 643-658. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00007-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00007-3)
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *El yo evolutivo. Una psicología para un mundo globalizado*. Barcelona. Kairos.
- Csikszentmihalyi, M. (2012). *Fluir, Una psicología de la felicidad*. Barcelona. Káiros
- Csikszentmihalyi, M., & Patton, J. (1996). *La felicidad, la experiencia óptima y los valores espirituales: estudio empírico en los adolescentes*. Universidad de Chicago.
- Csikszentmihalyi, M., & Selega, I. (1998). *Experiencia Óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. España. Desclee de Brouwer.
- Díaz-Loving, R., Saldivar, A., Armenta-Huartate, C., Reyes, N. E., López, F., Moreno, M., Romero, A. & Correa, F. E. (2015). Creencias y normas en México, una actualización del estudio de las premisas psico-socio-culturales. *Psyche*, 24 (2), 1-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.7764/psyche.24.2.880>
- Díaz, L. R., Rivera, A. S. & Wolfgang, V. M. P. (2012). Masculinidad, feminidad y salud mental. *Persona*, 15, 137-156.
- Diener, E., & Biswas, R. (2008). *Happiness. Unlocking the Mysteries of psychological wealth*. Blackwel Publishing. E.U.A.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1984). *The satisfaction with life scale*. *Journal of Personality Assessment*. (49), 71-75.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle y N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 119-139). New York: Pergamon.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). *Psychological Bulletin*. 125 (2), 276-302.
- Diener, E., (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*. 95 (3), 542-575.
- Dogan, T., Totan, T. & Sapmaz, F. (2013). The role of self-esteem, psychological well - being, emotional self - efficacy, and affect balance on happiness: a path model. *European Scientific Journal*, 9 (20), 31-42.
- Duran-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., & Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una normativa mexicana en la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México*, 46 (4), 306-315. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646404>
- Eisennarth, C. (2012). Does self steem moderate. The relations among perceived stress, coping, and depression?. *College Student Journal*. 46 (1). 149-157.
- Emmons, R. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. In C.L.M. Keyes (Ed.), *Flourishing: The positive person and the good life* (pp.105-128). Washington, DC. American Psychological Association.
- Erozkan, A. Dogan, U. & Adiguzel, A. (2016). Self-efficacy, Self-esteem, and Subjective Happiness of Teacher Candidates at the Pedagogical Formation Certificate Program. *Journal of Education and Training Studies*, 4 (8), 72-82.
- Escobar, P. J. & Cuervo, M. A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6. 27-36.
- Escobedo, P., M. T., Hernández, G., J., A., Estebané O., V. & Martínez, M. G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Cienc Trab*, 18 (55), 16-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>.
- Fernández, O. M.; Martínez, M. & Melipillán, R. (2009). Estrategias de aprendizaje y autoestima, su relación con la permanencia y deserción universitaria. *Estudios Pedagógicos*. 25 (3) 27-45.
- Fleming, E., (2005). Adolescent Autonomy: Desire, Achievement and Disobeying Parents between Early and Late Adolescence. *Australian Journal of Education and Developmental Psychology*, 5, 1-16.

- Fordyce, M.W. (1983). A Program to Increase Happiness: Further Studies. *Journal of Counseling Psychology*. 30 (4). 483-498.
- Forsythe, S. M. (2010). Coping Behavior and Gender Differences in African American Adolescents. *Master's thesis, Pacific University*.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York, Estados Unidos: Random House Inc.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol*. 2 (3), 300-319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300.
- Friedman, H. (2011): *Health Psychology Handbook*. Oxford. Oxford Books.
- Fylkesnes, K., & Forde, O. (1992). Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health, *Social Science and Medicine*, 35, 271-279.
- Gable, S. & Haid, J. (2005). *What (and why) Is Positive Psychology?*. Review of General Psychology. 9. (2). 103-110.
- Garaigordobil, M. (2009). A Comparative Analysis of Empathy in Childhood and Adolescence: Gender Differences and Associated Socio-emotional Variables. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 217-235.
- Gil-Lacruz, M. (2007): *Psicología social aplicada al bienestar*. Zaragoza, Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A. I. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales*, 3-4 (117-118), 183-195. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311813>
- Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A.I. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud, ¿cómo influye el nivel educativo?. *Ponencia de clausura de I International Congress, Health, Education and Quality of Live*. Lérida, GESEC Societat, Salut, Educació i Cultura.
- Girón, P. (2010): *Los determinantes de la salud percibida en España*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 181-205.
- González-Arratia, L. F. N. I. (2011). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. 2^{da} edición. México. UAEM.

- González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013a). Optimismo; Validación de una escala para adolescentes mexicanos. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2 (1), 121-130.
- González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013b). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 941-955.
- González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013c). Resiliencia y Felicidad, el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología*, 9, (16), 43-53.
- González-Arratia, L. F. N. I & Valdez, M. J. L. (2016). Validez de la escala de salud mental positiva en niños mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6 (1), 2368-2383.
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico. *Revista de psicología*. (10). 82-88.
- González, E. S., Valdez, M. J. L. & González-Arratia, L. F. I. (2011). Depresión. En R. Moral, J. L. Valdez, & N. I. González Arratia. (Ed). *Psicología y Salud*. (pp. 233-252). Coahuila, México. Consorcio de Universidades Mexicanas.
- González-Forteza, C., Hermosillo, T. A. E., Vacio-Muro, M. A., Peralta, R. & Wagner, F.A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Salud Pública*. 72 (2), 149-155.
- González, M, T., Landero, H. R, & Ruiz, D. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Rev Panam Salud Pública*. 23 (2), 101-108.
- González, N., Abad J. & Lévy, J. P. (2006). Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas en Lévy, J. (Ed). *Modernización con estructuras de covarianzas*. Netbiblo. La Coruña. (31-57).
- González, P. Astudillo, E. & Hurtado, E. (2012). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Revista Cultural del Cuidado*, 9 (2), 39-49.
- González, S. P. C., Gómez, A. J. M., Caicedo, B. L. M., Piernagorda, G. D. & Medina-Pérez, O. A. (2013). Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Revista Cultural del Cuidado*, 10 (2), 49-57.
- Gunzler, D., Chen, T., Wu, P., & Zhang, H. (2013). Introduction to mediation analysis with structural equation modeling. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25 (6), 390-394. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.06.009.

- Haid, J. (2006). *La hipótesis de la felicidad*. Barcelona. Gedsa.
- He, J. & Van de Vijver, F. (2012). Bias and Equivalence in Cross-Cultural Research. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2 (2). 1-19. <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1111>
- Hernández, S. R., Fernández-Collado, C. & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55. DOI: 10.1080/10705519909540118
- Hutz, C. S., Midgett, A., Cerentini, J. P., Bastianello, M. R., & Zanon, C. (2014). The Relationship of Hope, Optimism, Self-Esteem, Subjective Well-Being, and Personality in Brazilians and Americans. *Psychology*, 5, 523-531.
- Idler E.L., & Benyamini Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. & Méndez, F. X. (2005). Interpersonal Difficulties in Adolescence: A new Self-Report Measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 21 (1), 11-22.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, (2010). *Estadísticas de Natalidad*. <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Indicadores de Bienestar Subjetivo de la población adulta en México.
- Jade, N., & Vera, P. (2003). Optimismo y salud. Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma psicológica*. 10 (1). 119-134.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of Positive Mental Health*. Nueva York. Basic Books.
- Jiang, W. Li, F., Jiang, H., Yu, L., Liu, W., Li, Q. & Zuo, L. (2014). Core Self-Evaluations Mediate the Associations of Dispositional Optimism and Life Satisfaction. *Plos, ONE*, 9 (6), Doi:10.1371/journal.pone.0097752
- José, P.E., Lim, B. T. & Bryant, F. B. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. *The Journal of Positive Psychology*. 7 (3), 176-187.

- Joseph, S. Linley, P. A. & Harwood, J. (2004). Rapid assessment of well-being: The Short Depression-Happiness Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2004), 77, 463–478.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1996). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3), 26-31.
- Kamkary, K. & Shokrzadeh, S. (2012). Investigate relations between mental health and happiness feel in Tehran youth people. *European Journal of Experimental Biology*, 2 (5), 1880-1886.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or Mental health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (3), 539-548.
- Keyes, C.L.M. & Waterman, M.B. (2003). Dimensions of Well-Being and Mental Health In Adulthood. En M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, y K. Moore (eds.), *Well-Being: Positive Development Throughout the Life Course* 477-497. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kline, R., B. (2011). *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. New York, The Guilford Press.
- Kumari, B & Sharma, R (2016). Self-Esteem and Personality Traits as Predictors of Mental Well Being. *The International Journal of Indian Psychology*, 3 (3), 52-57.
- Lai, H. Y., Siu, A. M. H. & Shek, D. T. L. (2015). Individual and social predictors of prosocial behavior among Chinese adolescents in Hong Kong. *Frontiers in Pediatrics*, 3 (39), 1-5
- Layous, K. Chancellor, Joseph, & Lyubomirsky S. (2001). Delivering Happiness: Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 17 (8). 675-683.
- Leilan, M. (2014). Relationships among Mental Toughness, Hardiness, Optimism and Coping: A Structural Equation Modeling Approach. A Dissertation for the Degree Doctor of Philosophy.
- Lewis, C., Francis, L. & Zieberts, H. (2002). The internal consistency reliability and construct validity of the German translation of the Oxford happiness inventory. *North American Journal of psycho-logy*, 4, 211-220.

- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traves, A., Hernández-Baeza, A. & Tomas-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (2), 1151-1169.
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J. & Ferre-Grau, C. (2013). Assessing Positive Mental Health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *Public Health*, 13 (928), 1471-2458.
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Barcelona. (Tesis de Maestría). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25 (4), 42-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242505>
- Londoño, P.C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta colombiana de Psicología*, 12, (1), 95-107.
- Lugo, L.L., García, G.H.I., & Gómez R.C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (2), 37-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024205>
- Lu, L. & Shi, B. (1997). Personality and happiness: is mental health a mediator?. *Personality and individual differences*, 2 (2), 249-256.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad. Un método para conseguir el bienestar*. España: Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*. 9 (2), 111-131.
- MacCallum, R. C., Browne, M.W., & Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*, 1 (2), 130-49.

- Manjunath, R. & Kulkarni, P. (2013). Mental health status and depression among medical students in Mysore, Karnataka an untouched public health issue. *National Journal of Community Medicine*, 4(1), 50-53.
- Mantas, J. S., Juvinyá, I. C. D., Bertran, I. N. C., Roldan, M. J. Sequeira, C. & Lluch, C. T. (2015). Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 34-42.
- Marco, E., Duarte, E., Santos, J. F., Boza, R. Tejero, M....Escalada, F. (2006). Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus. *Neurología*. 21 (7), 348-356.
- Martínez, M. P.L., Terrones, G. A. Vázquez, R. E.R. & Hernández R. M. (2009). Reflexiones sobre el concepto de salud mental positiva. *Enlaces Académicos*. 2 (2). 67-85.
- Martínez, R., Pando, M, León, S., González, R., Aldrete, M. & López, L. (2014). Validez y Confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18 (33), 78-88.
- McDonald, R. P., & Ringo, H. M. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *American Psychological Association*. 7 (1), 64-82. DOI: 10.1037//1082-989X.7.1.64
- Medina, O., Irija, M., Martínez, G. & Cardona, D. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual, Universidad Católica del Norte* (36), 247-261. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224431012>> ISSN 0124-5821
- Méndez, C. & Rondón, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 14 (1), 197-207.
- Mera, P., C. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30 (3), 69-78.
- Mercado, S.D., Madariaga, O.C., & Martínez, G.M. (2012). Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviéjo, Sucre. *Cultura, educación, sociedad*, 3 (1), 157-174.
- Michelle, M. M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. & Vries, N. K. (2014). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19 (4), 357-372

- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Montoya, B. & Landero, R. (2008). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*. 18. (001). 117-122.
- Montt, S. M. & Ulloa Ch. F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*. 19. (3).30-35
- Moral, R. J. (2013). Validación de un Formato Simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicología Iberoamericana*. 21 (1). 42-52
- Moreno, Y. & Marrero, R., J. (2015). Optimismo y autoestima como predictores de bienestar personal: diferencias de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 32 (1), 27-36.
- Moyano, D. E. & Ramos, A.N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*. 22 (2).
- Mustaca, A. E., Kamenetzky, G. & Vera, V. P. (2010). Relaciones entre Variables Positivas y Negativas en una Muestra de Estudiantes Argentinos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 227-235.
- Navarro, B. G. L. (2008). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría. Universidad de Norte de Barranquilla.
- Núñez, M., González, G. & Realpozo, R. (2015). Relación de autoestima y felicidad desde la psicología positiva en estudiantes de enfermería intercultural. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19726>
- Orellana, O., García, L., Yanac, E., Rivera, J., Alvites, J., Orellana, D... & Mendoza, C. (2012). Competencias comunicativas y salud mental positiva en el perfil profesional de los profesores de la educación básica de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 15 (2), 61-87.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe Compendiado*. Ginebra.
- Oviedo, H. C. & Campo, A. A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Park, N. & Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: application to strengths-based school counseling. *Academic Journal Article*. 12. (2). 85-92.

- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigaciones y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31 (1), 11-19.
- Pascual, A., Conejero, S. & Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences. *Ansiedad y Estrés*, 22, 1-4.
- Patton, G.C., Tollit, M. M., Romaniuk, H., Spence, S. H., Sheffield, J. & Sawyer, M. G. (2011). A Prospective Study of the Effects of Optimism on Adolescent Health Risks. *Pediatrics*, (2), 1-10.
- Perales, A., Sog, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la facultad de medicina*, 64 (4).
- Pérez, R. & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2 (1), 58-66.
- Pérez, V. C., Maldonado, G. P., Aguilar, A. C. & Acosta, P. M. (2013). Clima Educativo y su Relación con la Salud Mental de Alumnos Universitarios Chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 257-268.
- Perugache, R. A. P., Guerrero, M. R. M. A., Guerrero, C. S. N. & Ortega, O. Y. A. (2016). Efectos de un programa de resiliencia sobre los niveles de salud mental positiva. *Revista Investigium Ire Ciencias Sociales y Humanas*, 7 (1), 76-91.
- Peterson, C. (1991). No te preocupes, sé feliz, satisfacción con la vida y política. *Psicología Política*, 3, 65-75.
- Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 214-217
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification. *American Psychological Association & Oxford University Press*. P. 800.
- Rafiei, M. Mosavipour, S. & Aghanajafi, M. (2012). Happiness, mental health, and their relationship among the students at Arak University of Medical Sciences in 2010. *Arak Medical University Journal*, 15 (62), 15-25.
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *GacSanit*, 15 (4), 34-43.

- Reuben, N., Ang, R.P. & Ringo Ho, M.H. (2012). Coping with anxiety, depression, anger and aggression: the mediational role of resilience in adolescents. *Child youth care forum*. (41). 529-546.
- Ridder, D., Schreurs, K. & Bensing, J. (2004). The relative benefits of being optimistic: Optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson' disease. *British Journal of Health Psychology*, 5 (2) 141.
- Rivet, D.E., Heriot, S. & Hunt, C., (2011). Preventing Adolescent Depression in Mauritius: A Universal School-Based Program. *Child and Adolescent Mental Health*. 16 (2).
- Roat, M. B. Cerentini, M. P. & Simon, C. H. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF, Bragança Paulista*, 19 (3), 523-531
- Rohlfs, I., Borrell, C., Artazcoz, L., & Escriba-Agüir, V. (2007). The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *Journal of Epidemiology Community Health*, 61 (2), 20-25. DOI:[10.1136/jech.2007.059956](https://doi.org/10.1136/jech.2007.059956)
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*. 55 (1). 68-78.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57 (6). 1069-1081.
- Salgado, A. (2009). Felicidad, Resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit. Revista de Psicología*. 15, (2), 133-141.
- Samper, P., Mestre, V. & Malonda, E. (2015). Evaluación del rol de variables intelectuales y socioemocionales en la resolución de problemas en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 287-298.
- San Martín, J. L., & Barra, E. (2013). Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. *Terapia Psicológica*. 31 (3), 287-291.
- Santacana, M., F., Kirchner, T., Abad, J. & Amador, J. A., (2012). Differences between genders in coping: Different coping strategies or different stressors? *Anuario de Psicología*, 42 (1), 5-18.

- Sasanpour, M., Khodabakhshi, M. & Nooryan, Kh. (2012). The Relationship between Emotional Intelligence, Happiness and Mental Health in Students of Medical Sciences of Isfahan University. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4 (9), 1614-1620.
- Scheier, M. & Carver, C (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*. 4, 219-247.
- Schnittker, J. (2004). Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 45, 286-305. DOI: 10.1177/002214650404500304.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud, aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.
- Scott, J. W. (1988). *Gender and the politics of history*. Nueva York, Columbia University Press.
- Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. España: Byblos.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55. (1), 5-1.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sequeira, C., Carvalho, C., Sampaio, F., Sa, L., Lluch, T. & Rondán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.
- Serrano, M. E. & García A. D. (2010). Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes del último año de secundaria. *Multiciencias*, 10 (3), 273-280.
- Sheldon, K., Fredrickson, B., Rathunde, K., & Csikszentmihalyi, M., (2000). Positive Psychology manifiesto (Rev. Ed.). extraído de <http://www.ppc.sas.upenn.edu/akumalmanifiesto.htm>
- Souto, S. (2012). *Percepción de la salud, determinantes sociales en la atención primaria*. (Tesis doctoral). Universidad de A Coruña.
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto de año de media, un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista IIPSI*. 8. (2). 57-65.

- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*. 31(1), 115-125.
- Toribio, P.L, González-Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M. J.L.; González, E. S. & Oudhof, V. B. H. (2012a). *Autoestima, Optimismo, y personalidad entrópica, como predictoras de la felicidad en adolescentes*. Tesis inédita de maestría. UAEM. Toluca, Estado de México.
- Toribio, P.L, González Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M. J.L.; González, E. S. y Oudhof, V. B. H. (2012b). Validación de la escala de felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología iberoamericana*. 20 (1).71-79.
- Torres, K. (2004). Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? *Health Education Research*. 17.1-5.
- Tsigilis, N. (2015). Does Self-Esteem Mediates the association Between personality traits and happiness? A structural Equation Modeling Aproach. *Journal of Social Science Studies*. 2 (2). 102-106.
- Tuesca-Molina, R., Centeno, R.H., Ossa, S.M., García, D.N., & Lobo, L.J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla*, 24 (1), 53-63. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000100007&lng=es&tlng=es.
- Urzúa, M.A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Medicina Chile*, 138, 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Vaillant, G. (2012). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural?. *World Psychiatry*. 11. 93-99.
- Valentina, L. & Gulati, J. K. (2014). Gender differences in emotional autonomy profile among adolescents. *Asian Journal of House Science*, 9 (1), 54-59.
- Vargas, B. P. & Wagner, A. (2013). A autonomia na adolescência: Revisando conceitos, modelos e variáveis. *Estudos de Psicologia*, 18 (4), 649-658.
- Veenhoven, R. (2009). Medidas de la Felicidad Nacional Bruta. *Psychosocial Intervention*. 18 (3), 279-299.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva, una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*. 27, (1). 3-8.

- Vera-Villarroel, P. & Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13 (3), 15-23.
- Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. & Celis-Atenas, K. (2009). Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (1), 21-30.
- Veytia, L. M., González.Arratia, L. F. N. I., Andrade, P. P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35 (1), 37-43.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2). 135-50. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C. Sánchez-García, S. García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*. 35 (1), 3-11.
- Wang, J., Smith, W., Cumming, R., & Mitchell, P. (2006). Variables Determining Perceived Global Health Ranks: Findings from a Population based Study. *Annals Academy of Medicine*, 35, 190-197.
- Ware, J. J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Weber, S. & Rose, P. K. (2012). Relationships between depressive symptoms and perceived social support, self-esteem, optimism in a sample of rural adolescents. *Issues In Mental Health Nursing*, (31), 584-588.
- Yahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, Inc, Publishers, New York.
- Yiengprugsawan, V., Somboonsook, B., Seubsman, S. & Sleigh, A. C. (2012). Happiness, Mental Health, and Socio-Demographic Associations Among a National Cohort of Thai Adults. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1019-1029.

- Zimmer, Z., Natividad, J., Lin H., & Chayovan, N. (2000). A Cross-national Examination of the Determinants of Self-assessed Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 465-481.
- Zúñiga, M.A., Carrillo, J.G.T., Fos, P.J., Gandek, B., & Medina, M.M.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41 (2), 110-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000200005>

13. Anexos

Anexo A. Instrumentos utilizados

1. ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA

REACTIVOS	SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	CON POCA FRECUENCIA	NUNCA
1.-A mí me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2.-Los problemas me bloquean fácilmente				
3.- A mí me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4.-Me gusto como soy				
5.-Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6.-Me siento a punto de explotar				
7.-Para mí, la vida es aburrida y monótona				
8.-A mí me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9.-Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10.-Me preocupa mucho lo que los demás piensen de mí				
11.-Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12.-Veo mi futuro con pesimismo				
13.-Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14.-Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15.-Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o				
16.-Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17.-Intento mejorar como persona				
18.-Me considero "un/a buen/a amigo/a				
19.-Me preocupa que la gente me critique				
20.-Creo que soy una persona sociable				
21.-Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22.-Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23.-Pienso que soy una persona digna de confianza				
24.-A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25.-Pienso en las necesidades de los demás				
26.-Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27.-Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28.-Delante de un problema, soy capaz de solicitar información				
29.-Los cambios que ocurren en mi rutina habitual, me estimulan				
30.-Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores				
31.-Creo que soy un(a) inútil y no sirvo para nada				
32.-Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33.-Me resulta difícil tener opiniones personales				
34.-Cuando tengo que tomar decisiones importantes, me siento muy inseguro(a)				

35.-Soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36.-Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones				
37.-Me gusta ayudar a los demás				
38.-Me siento insatisfecho(a) conmigo mismo(a)				
39.-Me siento insatisfecho(a) de mi aspecto físico.				

2. ESCALA DE FELICIDAD

	PREGUNTA	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1	En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal					
2	Siento que mi vida está vacía					
3	Las condiciones de mi vida son excelentes					
4	Estoy satisfecho(a) con mi vida					
5	La vida ha sido buena conmigo					
6	Me siento satisfecho(a) con lo que soy					
7	Pienso que nunca seré feliz					
8	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada en mi vida					
9	Me siento satisfecho(a) porque estoy donde tengo que estar					
10	La mayoría del tiempo me siento feliz					
11	Es maravilloso vivir					
12	Por lo general me siento bien					
13	Me siento inútil					
14	Soy una persona optimista					
15	He experimentado la alegría de vivir					
16	La vida ha sido injusta conmigo					
17	Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad					
18	Me siento un fracasado(a)					
19	La felicidad es para algunas personas no para mí					
20	Estoy satisfecho(a) con lo que hasta ahora he alcanzado					
21	Me siento triste por lo que soy					
22	Para mí la vida es una cadena de sufrimientos					
23	Me considero una persona realizada					
24	Mi vida transcurre plácidamente					
25	Todavía no he encontrado sentido a mi existencia					
26	Creo que no me hace falta nada					

3. ESCALA DE AUTOESTIMA

REACTIVOS	SIEMPRE	MUCHAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1. Tengo plena confianza en mí mismo(a)				
2. Soy importante para mi familia				
3. Me siento un perdedor(a)				
4. Soy una persona aplicada				
5. No puedo lograr lo que me propongo				
6. Creo que no valgo nada o valgo muy poco				
7. Estoy orgulloso(a) de mí mismo(a)				
8. Siento el amor que mi familia me tiene				
9. Me siento un(a) inútil				
10. Soy inteligente				
11. Cumplo las metas que me propongo				
12. Creo que soy un una persona que nadie quiere				
13. Me siento bien conmigo mismo(a)				
14. Creo que me toman en cuenta en mi casa				
15. Me siento inseguro(a)				
16. Soy una persona trabajadora				
17. Yo tengo éxito en lo que hago				
18. Creo que nadie se preocupa por mí				
19. Me siento feliz				
20. En casa me aceptan como soy				
21. Siento que nadie me quiere				
22. Soy una persona exitosa				
23. Me quiero mucho a mí mismo (a)				
24. Mis padres me alientan para hacer las cosas				
25. Todo me sale mal				

4. ESCALA DE OPTIMISMO

	PREGUNTA	SIEMPRE	MUCHAS VECES	INDECISO	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	Lucho por aquello que quiero					
2	Me gusta apoyar a mis amigos cuando pasan por un mal momento					
3	Soy fuerte y enfrento mi vida con valor					
4	Soy perseverante ante las metas y objetivos que me propongo					
5	Soy optimista con respecto a mi futuro					

6	Veo lo positivo que tienen las personas					
7	Lo que hago por los demás me llena de optimismo					
8	Propongo soluciones en vez de estar quejándome					
9	La seguridad en uno mismo es la llave que abre las puertas					
10	Me acepto tal como soy					
11	Tengo confianza para lograr mis metas					
12	Aunque la situación sea mala algo hay de bueno					
13	Espero el bien en cada situación					
14	Pienso en que todo lo que hago tiene sentido					
15	Pienso en un proyecto de vida					
16	En situaciones difíciles usualmente espero lo mejor					
17	Todos los días me levanto con entusiasmo y buen humor					
18	Me esfuerzo por encontrar soluciones a toda situación por mala que parezca					
19	Valoro cada instante de mi vida					
20	Confío en mi talento					
21	Me esfuerzo por dar sugerencias en vez de hacer críticas					
22	Estoy de buen humor la mayor parte del tiempo					
23	Aprendo de mis errores					
24	Tiendo a analizar las cosas a partir de los puntos positivos					
25	Ante las adversidades mantengo la tranquilidad para poder enfrentarlas					
26	Espero que me pasen más cosas buenas que malas					
27	Todos mis sueños se vuelven realidad					
28	Soy responsable de mi vida y lo disfruto					
29	Cada día me siento mejor conmigo mismo					
30	Puedo adaptarme fácilmente a las situaciones					
31	Aun cuando las cosas no salgan como esperaba, mantengo una actitud positiva para sacar el mejor resultado					
32	Cuando me enfrento a algo nuevo pienso que puedo aprender de ello					
33	Hay que ser optimista aún ante la adversidad					
34	Creo en lo bueno más que en lo malo					
35	Todo lo que hago comienza y termina de buena manera					
36	Las ganas de triunfar se demuestran					
37	Encuentro una respuesta para cada problema					
38	Pienso que mientras hay vida hay esperanza					
39	Pongo entusiasmo en todo lo que hago					

5. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

1	<input type="checkbox"/> No me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro <input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3	<input type="checkbox"/> No me siento fracasado <input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso <input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada
4	<input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes <input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes <input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones <input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones <input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente
6	<input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado <input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado <input type="checkbox"/> Espero ser castigado <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado
7	<input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo <input type="checkbox"/> Me detesto
8	<input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro <input type="checkbox"/> Me autocritico por mis debilidades o por mis errores <input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede
9	<input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio <input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería <input type="checkbox"/> Desearía suicidarme

	<input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10	<input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar <input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes <input type="checkbox"/> Lloro continuamente <input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11	<input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí <input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente <input type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12	<input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás
13	<input type="checkbox"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho <input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes <input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes <input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones
14	<input type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes <input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo <input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo <input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible
15	<input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes <input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto
16	<input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre <input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17	<input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada
18	<input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido <input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes <input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito <input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito

19	<input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada <input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio <input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos <input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos <input type="checkbox"/> Estoy a dieta para adelgazar SI / NO
20	<input type="checkbox"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21	<input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo <input type="checkbox"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo

6. CUESTIONARIO DE SALUD (SF-36)

A continuación marca con una X, una sola respuesta de las opciones que se presentan

		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala						
1	En general, yo diría que mi salud es:											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 16.6%;">Mucho mejor ahora que hace un año</th> <th style="width: 16.6%;">Algo mejor ahora que hace un año</th> <th style="width: 16.6%;">Más o menos igual que hace un año</th> <th style="width: 16.6%;">Algo peor que hace un año</th> <th style="width: 16.6%;">Mucho peor que hace un año</th> </tr> </thead> </table>								Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor que hace un año	Mucho peor que hace un año
	Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor que hace un año	Mucho peor que hace un año							
2	¿Cómo diría que es mi salud actual, comparada con la de hace un año?											

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que tú podrías hacer en un día normal.

		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3	Mi salud actual, ¿Me limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4	Mi salud actual, ¿Me limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
5	Mi salud actual, ¿Me limita para cargar o llevar la bolsa de la compra?			
6	Mi salud actual, ¿Me limita para subir varios pisos por la escalera?			
7	Mi salud actual, ¿Me limita para subir un solo piso por la escalera?			
8	Mi salud actual, ¿Me limita para agacharme o arrodillarme?			
9	Mi salud actual, ¿Me limita para caminar un kilómetro o más?			
10	Mi salud actual, ¿Me limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11	Mi salud actual, ¿Me limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12	Mi salud actual, ¿Me limita para bañarme o vestirme por sí mismo?			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en tu trabajo o en tus actividades cotidianas.

		SI	NO
1 3	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuve que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a mis actividades cotidianas, a causa de mi salud física?		
1 4	Durante las 4 últimas semanas, ¿hice menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de mi salud física?		
1 5	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuve que dejar de hacer algunas tareas en mi trabajo o en mis actividades cotidianas, a causa de mi salud física?		
1 6	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuve dificultad para hacer mi trabajo o mis actividades cotidianas (por ejemplo, me costó más de lo normal), a causa de mi salud física?		

1 7	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuve que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a mis actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
1 8	Durante las 4 últimas semanas, ¿hice menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
1 9	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hice mi trabajo o mis actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en tu trabajo o en tus actividades cotidianas.

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
20	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
21	¿Tuviste dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					
22	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor te ha dificultado tu trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					

Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste lleno de vitalidad?						
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia estuviste muy nervioso?						
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste tan bajo de moral que nada podía animarte?						
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste calmado y tranquilo?						
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tuviste mucha energía?						

28	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste desanimado y triste?						
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste agotado?						
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste feliz?						
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia te sentiste cansado?						
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales te han dificultado tus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

Por favor, marca que tan cierta o falsa te parece cada una de las siguientes frases.

		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
34	Estoy tan sano como cualquiera					
35	Creo que mi salud va a empeorar					
36	Mi salud es excelente					

Anexo B. Cartas de asentimiento y consentimiento informado
Carta de asentimiento informado

Título del proyecto: Factores protectores de la salud mental positiva en adolescentes.

Investigadores responsables: Mtra. Lorena Toribio Pérez. (email: toribio_lore@hotmail.com). Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes. Dr. Hans Oudhof Van Barneveld. Dra. Marta Gil Lacruz.

Por éste medio, se te hace una cordial invitación a participar en la investigación: *Factores protectores de la salud mental positiva en adolescentes*, al mismo tiempo informándote que el propósito de la investigación es explicar la incidencia de los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud física) sobre la salud mental positiva en adolescentes.

Tu participación consiste en contestar una serie de cuestionarios que tienen que ver sobre tu forma de actuar ante la vida. Son 6 cuestionarios con opción de respuesta tipo Likert, que puedes contestar en un tiempo aproximado de 40 minutos, en tu salón de clases.

Tienes derecho a negarte a participar en la presente investigación, así como a retirarte cuando hayas terminado de contestar lo solicitado, no habiendo ninguna represalia.

Comentándote también, que tu colaboración no implica ningún riesgo para tu salud física o mental, al contrario, ayudas a obtener resultados científicos sobre lo que necesitan los adolescentes para conservar su salud mental, de ésta forma realizar futuras intervenciones para la promoción y conservación de la salud mental positiva en adolescentes.

Para quien acepte participar no hay ningún costo, de la misma forma no se te proporcionarán incentivos económicos por hacerlo. Sin embargo, se te informa que de ser necesario puedes acudir con las personas responsables de la investigación para recomendarte dónde puedes acudir a recibir atención psicológica o médica, comentándote que los gastos pertinentes a ésta atención son bajo tu responsabilidad.

Toda la información obtenida es confidencial, se protegerá tu privacidad e intimidad, ya que los resultados se usarán con fines estadísticos y de investigación.

Cualquier duda acerca de la investigación puedes acudir con los investigadores responsables.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo los objetivos y beneficios de la investigación y que los datos obtenidos pueden ser publicados y difundidos con fines científicos, por lo que acepto participar en éste proyecto de investigación de forma voluntaria.

Convengo en participar en ésta investigación

Firma del participante

Fecha

Carta de consentimiento informado para padres de los adolescentes menores de edad

Título del proyecto: Factores protectores de la salud mental positiva en adolescentes.

Investigadores responsables: Mtra. Lorena Toribio Pérez. (email: toribio_lore@hotmail.com). Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes Dr. Hans Oudhof Van Barneveld. Dra. Marta Gil Lacruz.

Propósito de la investigación: explicar la incidencia de los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud física) sobre la salud mental positiva en adolescentes.

Por éste medio, se le hace una cordial invitación a participar en la investigación: *Factores protectores de la salud mental positiva en adolescentes*, al mismo tiempo informándole que el propósito de la investigación es explicar la incidencia de los factores protectores (felicidad, autoestima, optimismo y percepción de la salud física) sobre la salud mental positiva en adolescentes.

Su participación consiste en autorizar que su hijo (a) conteste una serie de cuestionarios que tienen que ver sobre su forma de actuar ante la vida. Son 6 cuestionarios con opción de respuesta tipo Likert, que puede contestar en un tiempo aproximado de 40 minutos, en su salón de clases.

Tiene derecho a negarse a participar en la presente investigación, así mismo a retirar a su hijo (a) en el momento que usted lo desee, no habiendo ninguna represalia.

La colaboración de su hijo (a), no implica ningún riesgo para su salud física o mental, al contrario, ayuda a obtener resultados científicos sobre lo que necesitan los adolescentes para conservar su salud mental, de ésta forma realizar intervenciones posteriores.

Para quien acepte participar no hay ningún costo, de la misma forma no se proporcionarán incentivos económicos por hacerlo. Sin embargo se le informa que de ser necesario su hijo (a) puede acudir con las personas responsables de la investigación para recomendarle dónde puede acudir a recibir atención psicológica o médica, comentándole que los gastos pertinentes a ésta atención son bajo su responsabilidad.

Toda la información obtenida es confidencial, se protegerá la privacidad e intimidad, ya que los resultados se usarán con fines estadísticos y de investigación.

Cualquier duda acerca de la investigación puede acudir con los responsables de la investigación.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, por lo que doy el asentimiento para que mi hijo (a) participe en éste proyecto de investigación.

Firma del padre, de la madre o
del tutor.

Fecha

ANEXO C. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

Variable sociodemográfica	Rangos por variable	Frecuencia	%
Edad	14-15	121	22,0%
	16-17	369	69,0%
	18-20	43	8,1%
Preparatorias	N. 1. UAEMEX	121	22.70%
	Oficial n. 169	89	16%
	N. 5. UAEMEX	223	41%
	Oficial n. 116	100	18.80%
Semestre	Segundo	175	32,0%
	Cuarto	80	15,0%
	Quinto	210	39,0%
	Sexto	68	12,0%
Promedio	6.0-6.9	31	5,0%
	7.0-7.9	222	41,0%
	8.0-8.9	215	40,0%
	9.0-10.0	65	12,0%

ANEXO D. MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES: SMP, FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO, PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y DEPRESIÓN

1.SMP	SMP	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2.R. P	.763**	1													
3.A.P.	.471**	.273**	1												
4.S.P.	.637**	.362**	.350**	1											
5.AL.	.649**	.462**	.066	.273**	1										
6.AA.	.658**	.354**	.179**	.441**	.368**	1									
7.H.R.I.	.592**	.387**	.462**	.403**	.193**	.276**	1								
8.T.F.	.610**	.442**	.232**	.548**	.422**	.376**	.360**	1							
9.S.P.V	.558**	.343**	.197**	.562**	.392**	.400**	.313	.865**	1						
10.SCV	.502**	.396**	.171**	.414**	.343**	.286**	.289**	.851**	.607**	1					
11.RPE	.440**	.342**	.172**	.371**	.291**	.263**	.272**	.801**	.544**	.694**	1				
12.AV	.538**	.450**	.228**	.415**	.398**	.275**	.353**	.772**	.571**	.606**	.529**	1			
13.T.A	.646**	.490**	.154**	.485**	.482**	.450**	.339**	.751**	.651**	.665**	.621**	.565**	1		
14.YO	.565**	.429**	.083	.380**	.435**	.419**	.304**	.559**	.530**	.626**	.552**	.563**	.813**	1	
15.FA	.381**	.276**	.135**	.361**	.256**	.239**	.218**	.483**	.422**	.448**	.402**	.332**	.709**	.486**	1
16.F	.466**	.269**	.100**	.352**	.365**	.381**	.289**	.595**	.573**	.491**	.491**	.415**	.739**	.585**	.379**
17.TI	.504**	.473**	.184**	.321**	.395**	.269**	.244**	.487**	.404**	.415**	.421**	.391**	.708**	.483**	.400**
18.ÉX	.476**	.457**	.034	.319**	.400**	.316**	.173**	.523**	.417**	.470**	.442**	.419**	.695**	.503	.346**
19.AE	.492**	.294**	.163**	.477**	.271**	.391**	.286**	.577**	.583**	.446**	.438**	.414**	.654**	.475**	.430**
20.TO	.689**	.595**	.252**	.449**	.515**	.393**	.370**	.682**	.543**	.599**	.529**	.647**	.694**	.639**	.442**
21.OS	.576**	.524**	.168**	.336**	.481**	.300**	.284**	.560**	.425**	.525**	.450**	.566**	.598**	.578**	.372**
22.OD	.676**	.594**	.232**	.425**	.523**	.376**	.354**	.661**	.521**	.592**	.516**	.637**	.684**	.639**	.434**
23.FF	.185**	.135**	-.018	.113**	.174**	.141**	.102**	.151**	.145**	.149**	.108**	.120**	.163**	.147**	.150**
24.RF	.101**	-.018	.071	.106*	.037	.097*	.117**	.122**	.139**	.066	.115**	.032	.058	.016	.073
25.DC	.128**	.057	-.026	.067	.166**	.156**	.045	.088*	.099*	.085*	.078	.009	.100*	.053	.069
26.SG	.345**	.283**	.028	.246**	.316**	.261**	.157**	.426**	.341**	.408**	.353**	.359**	.388**	.341**	.247**
27.VI	.413**	.266**	.141**	.326**	.330**	.317**	.206**	.521**	.468**	.459**	.398**	.417**	.470**	.431**	.305**
28.FS	.278**	.144**	.040	.222**	.268**	.266**	.164**	.293**	.330**	.209**	.213**	.214**	.304**	.231**	.191**
29.RE	.192**	.075	-.024	.216**	.178**	.175**	.159**	.234**	.250**	.180**	.144**	.187**	.192**	.172**	.077
30.SM	.516**	.305**	.146**	.399**	.472**	.350**	.272**	.608**	.578**	.503**	.439**	.484**	.528**	.464**	.294**
31.TD	-.419**	-.282**	-.003	-.319**	-.371**	-.275**	-.251**	-.532**	-.499**	-.467**	-.428**	-.393**	-.468**	-.452**	-.226**

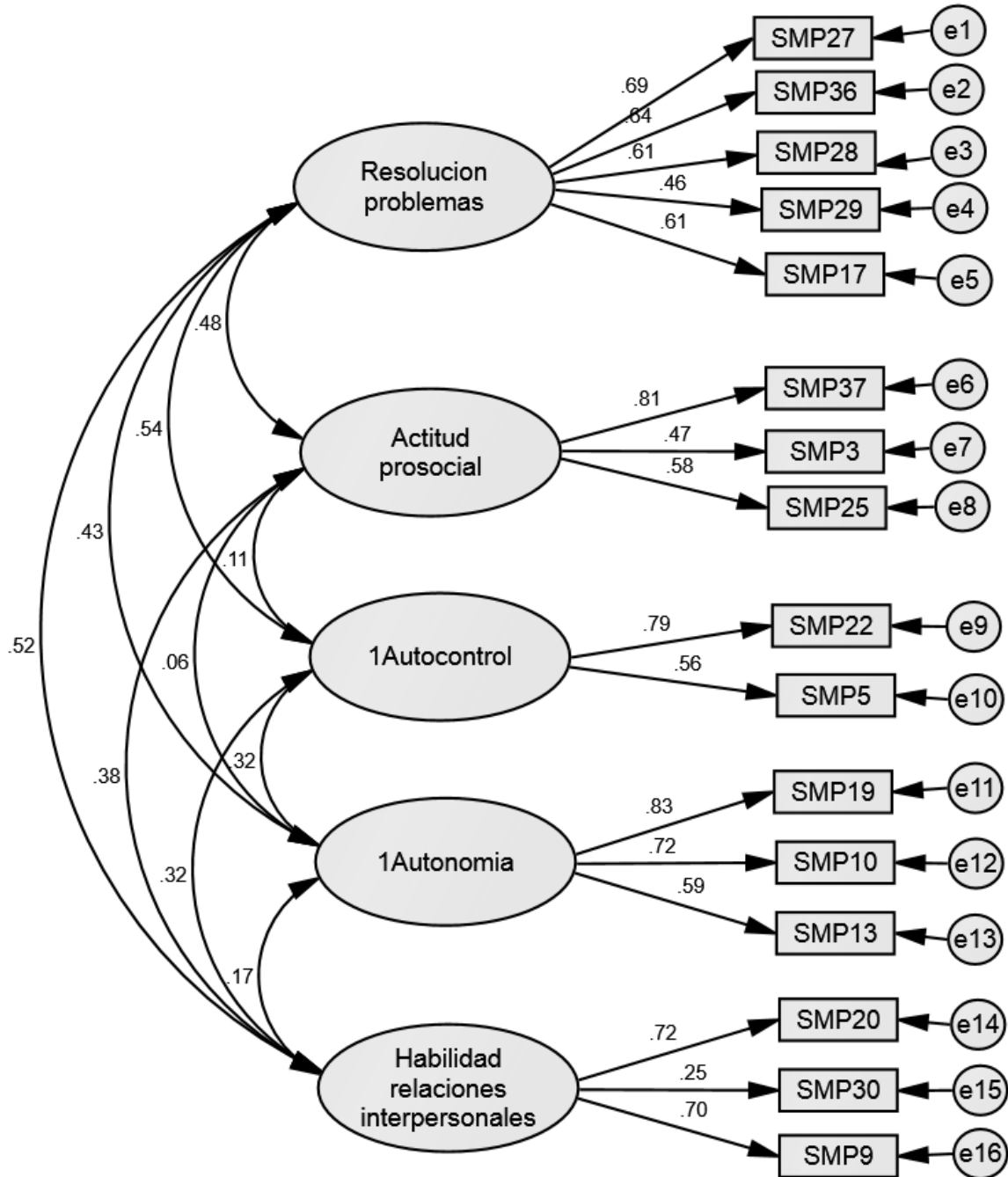
Anexo D. Matriz de correlaciones entre las variables: SMP, felicidad, autoestima, optimismo, percepción de la salud y depresión (Continuación)

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
17.TI	.377**	1													
18.ÉX	.418**	.620**	1												
19.AE	.602**	.304**	.305**	1											
20.TO	.434**	.599**	.562**	.396**	1										
21.OS	.372**	.502**	.518**	.342**	.839**	1									
22.OD	.425**	.583**	.566**	.391**	.983**	.922**	1								
23.FF	.164**	.063	.104**	.101*	.182**	.205**	.198**	1							
24.RF	.089*	.010	.037	.063	.041	-.009	.026	.207**	1						
25.DC	.055	.073	.118**	.063	.117**	.074	.110*	.246**	.252**	1					
26.SG	.352**	.217**	.311**	.276**	.361**	.324**	.359**	.315**	.146**	.314**	1				
27.VI	.375**	.302**	.312**	.334**	.426**	.384**	.425**	.284**	.199**	.312**	.409**	1			
28.FS	.307**	.190**	.186**	.272**	.241**	.176**	.226**	.205**	.254**	.345**	.312**	.466**	1		
29.RE	.257**	.044	.162**	.153**	.177**	.169**	.183**	.174**	.338**	.151**	.251**	.263**	.367**	1	
30.SM	.476**	.317**	.386**	.435**	.464**	.389**	.456**	.184**	.185**	.219**	.413**	.639**	.536**	.388**	1
31.TD	-.441**	-.272**	-.364**	-.355**	-.458**	-.402**	-.454**	-.208**	-.071	-.210**	-.397**	-.394**	-.286**	-.302**	-.456**

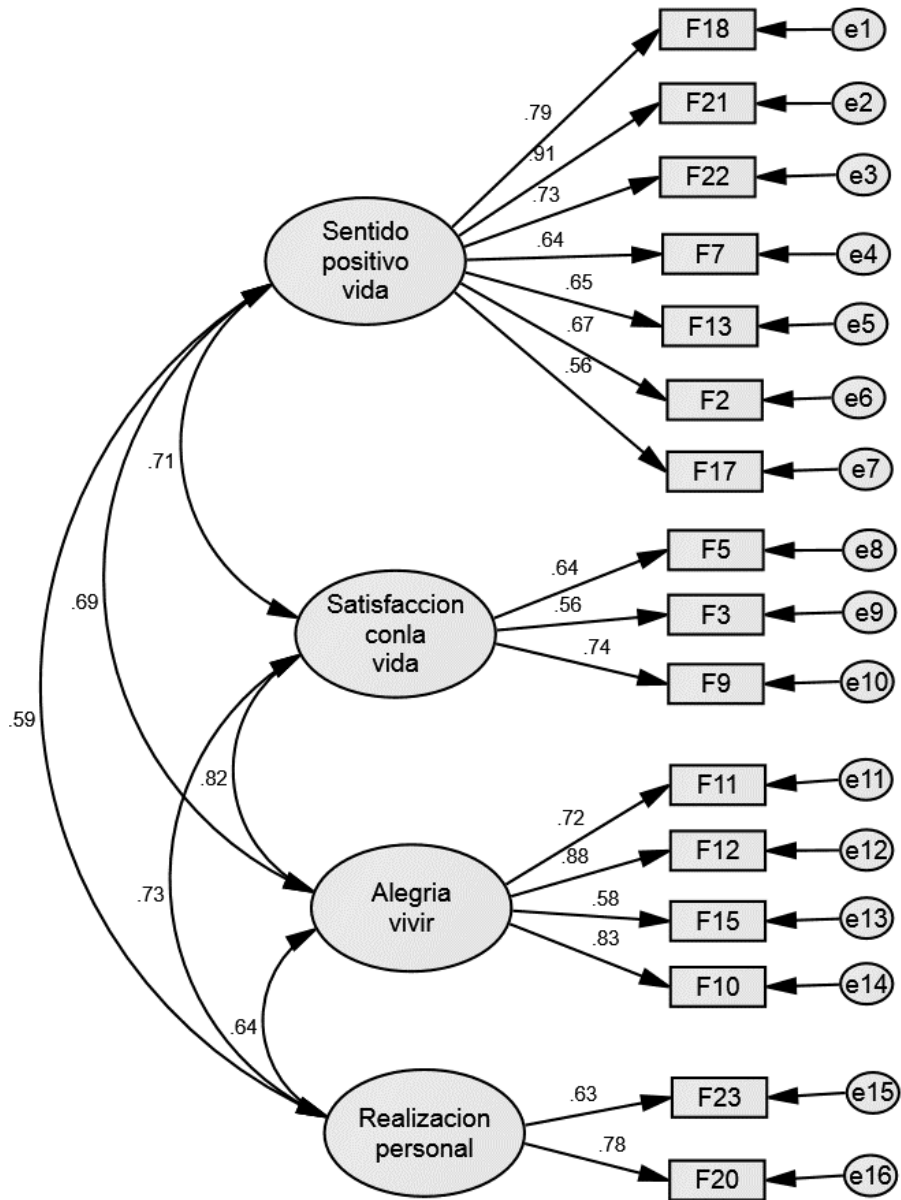
Nota. 1. Salud mental positiva. 2. Resolución de problemas. 3. Actitud prosocial. 4. Satisfacción personal. 5. Autocontrol. 6. Autonomía. 7. Habilidad de relaciones interpersonales. 8. Total de Felicidad. 9. Sentido positivo de la vida. 10. Satisfacción con la vida. 11. Realización personal. 12. Alegría de Vivir. 13. Total de autoestima. 14. Yo. 15. Familia. 16. Fracaso. 17. Trabajo intelectual. 18. Éxito. 19. Afectivo-emocional. 20. Total de optimismo. 21. Optimismo situacional. 22. Optimismo disposicional. 23. Función física. 24. Rol físico. 25. Dolor corporal. 26. Salud General. 27. Vitalidad. 28. Función social. 29. Rol emocional. 30. Salud Mental. 31. Total de depresión.

ANEXO E. ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO PARA LAS ESCALAS, SALUD MENTAL POSITIVA, FELICIDAD, AUTOESTIMA, OPTIMISMO Y DEPRESIÓN.

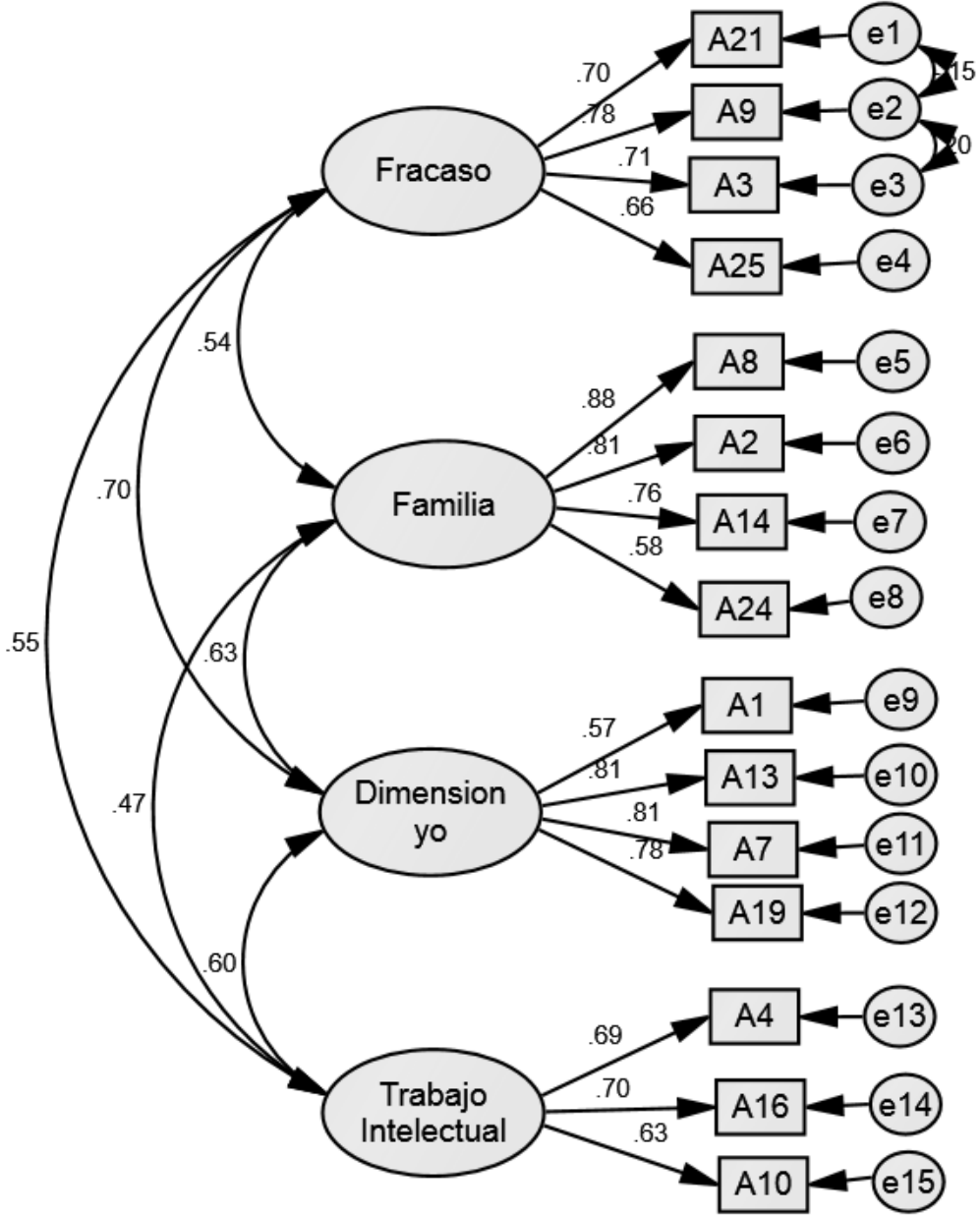
Anexo E1. Modelo reespecificado del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de salud mental positiva



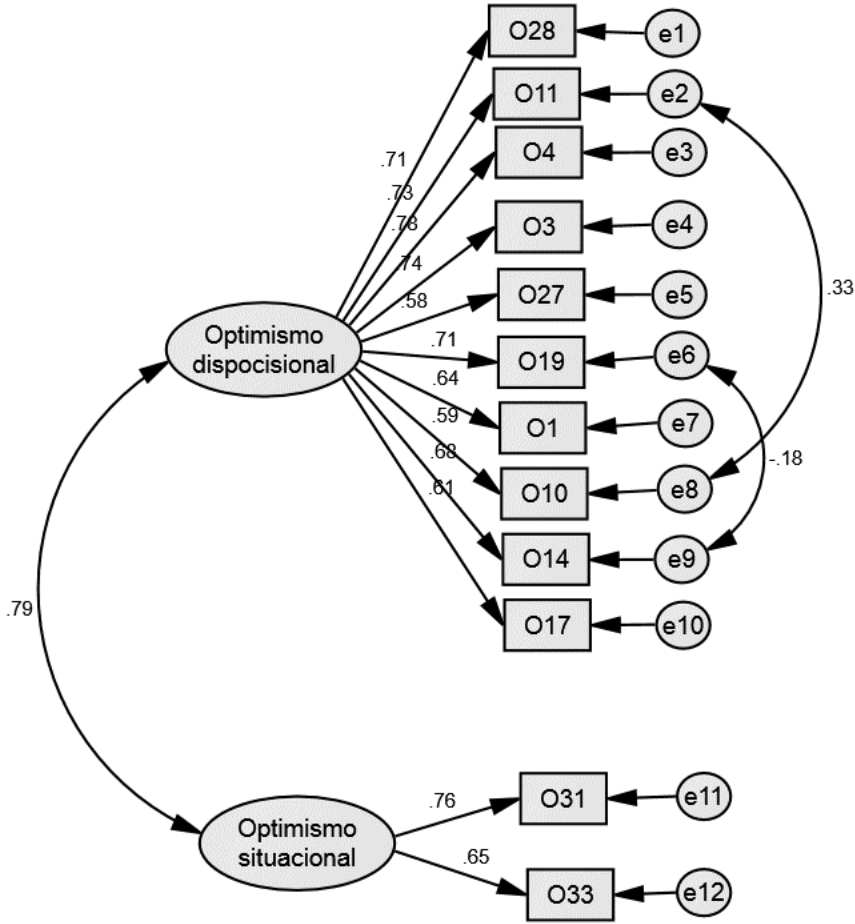
Anexo E2. Modelo reespecificado del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de felicidad



Anexo E3. Modelo reespecificado del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de autoestima



Anexo E4. Modelo reespecificado del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de optimismo



Anexo E5. Modelo del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de depresión

