



**UAEM** | Universidad Autónoma  
del Estado de México

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN HUMANÍSTICA, CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA  
2013-2015**

**“SALUD MENTAL POSITIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.  
ESTUDIOS DE VALIDACIÓN.”**

**Clave 3541/2013CHT  
INFORME FINAL**

INVESTIGACIÓN BÁSICA  
Área del Conocimiento Psicología  
Cuerpo Académico Cultura y Personalidad

Inicio 2013

Término 15 de abril 2015

Dra. En Invest. Psic. Norma Ivonne González Arratía López Fuentes.

Responsable

[nigalf@yahoo.com.mx](mailto:nigalf@yahoo.com.mx)

Dr. en Psic. Soc. José Luis Valdez Medina.

Co-responsable

[ochocedros@live.com.mx](mailto:ochocedros@live.com.mx)

Mtro.en Psic. Sergio González Escobar.

Participante.

[sergioglz4@hotmail.com](mailto:sergioglz4@hotmail.com)

## Introducción

En las distintas áreas de las Ciencias Humanas, la tendencia y el foco de atención de los estudios fue dar mayor énfasis a los estados patológicos. Por este motivo, las investigaciones se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar resultados negativos, o no deseados, tanto en lo biológico como en lo mental.

El presente estudio tuvo como principal objetivo ampliar la investigación previa realizada en torno a la psicología positiva y resiliencia en niños y adolescentes en contextos de riesgo y no riesgo en la cual se han hecho importantes avances (González Arratia, 2007; González Arratia, Domínguez y Valdez, 2008) y éstos desafíos tanto teóricos como metodológicos han permitido hacer reflexiones críticas sobre el tema, pero al mismo tiempo el considerar que aún queda mucho por comprender.

Se podría pensar que existe un claro consenso con respecto a las características y competencias que sirven para definir a un niño y adolescente competente y con un buen desarrollo psicológico y comportamental. Sin embargo, es bastante probable que el asunto esté mucho menos claro de lo que pensamos pues, con mucha frecuencia, se confunde el desarrollo saludable con la ausencia de problemas. Esta visión sesgada puede llevar a un énfasis excesivo en el déficit y a una cierta negligencia con respecto a los valores y destrezas que deberían promoverse entre jóvenes y adolescentes.

A lo largo del siglo XX la mayor parte de las teorías construidas para explicar el desarrollo durante la adolescencia coincidieron en la concepción de esta etapa evolutiva como un periodo turbulento y conflictivo. Esta imagen desfavorable puede traer consigo algunas consecuencias indeseables para la juventud. Por una parte, parece evidente que la consideración de un grupo social como conflictivo

suele llevar asociada la exigencia de aplicación de medidas coercitivas de restricción de libertades. También puede generar un intenso prejuicio social hacia este colectivo, e influir negativamente sobre las relaciones entre adultos y jóvenes, aumentando la conflictividad intergeneracional, especialmente en el contexto familiar y en el escolar.

A pesar del predominio del modelo centrado en el déficit, en los últimos años ha surgido en Estados Unidos un nuevo modelo centrado en el desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia (Benson, Scales, Hamilton y Sesman, 2006; Damon, 2004; Larson, 2000), que tiene sus raíces en el modelo de competencia surgido a principios de los años 80 en el ámbito de la psicología comunitaria (Albee, 1980), o en las propuestas de autores como Waters y Sroufe (1983) sobre la competencia social como un constructo adecuado para indicar un buen desarrollo en una etapa evolutiva determinada, y, más recientemente por Seligman (2003), y la denominada Psicología Positiva.

Este enfoque emplea un nuevo vocabulario, con conceptos como desarrollo adolescente positivo, bienestar psicológico, participación cívica, florecimiento, o iniciativa personal para referirse a los adolescentes que superan de forma exitosa esta etapa evolutiva (Theokas et al., 2005). Estos conceptos comparten la idea de que los individuos tienen el potencial para un desarrollo exitoso y saludable. El modelo se sitúa en la línea de los modelos sistémicos evolutivos actuales que asumen el principio de que las relaciones entre el individuo y su contexto constituyen la base de la conducta y el desarrollo personal: el desarrollo humano no está predeterminado, y es probabilístico y relativamente plástico pues siempre hay posibilidad de cambio (Lerner, 2002).

Desde este enfoque del desarrollo, la conducta individual y social no puede reducirse a influencias genéticas y se enfatiza que la potencialidad para el cambio en la conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona en desarrollo, con sus características biológicas y psicológicas, y su familia, su

comunidad y la cultura en que está inmersa. Por lo tanto, de este modelo surge un claro optimismo acerca de la posibilidad de intervenir, no sólo de cara a la prevención de conductas problemáticas, sino también para la promoción de conductas positivas (Lerner, Fisher y Weinberg, 2000).

Aunque el modelo del desarrollo positivo podría considerarse como opuesto al modelo del déficit, en realidad se trata de modelos complementarios, ya que reducir y prevenir los déficits y problemas de conducta y promover el desarrollo y la competencia son caminos paralelos. La promoción de los recursos y oportunidades para el desarrollo no sólo promueve la competencia sino que, como consecuencia de ello, hace más resistente a los factores de riesgo y reduce conductas problemáticas, tales como el consumo de drogas, las conductas sexuales de riesgo, la conducta antisocial o los trastornos depresivos (Benson et al., 2004).

Los estudios llevados a cabo por el Search Institute (Scales, Benson, Leffert y Blith, 2000) muestran cómo aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos o activos presentan un desarrollo más saludable y positivo. Este desarrollo positivo se pone de manifiesto en algunos indicadores como el éxito escolar, las conductas prosociales, el interés por conocer personas de otras culturas, el cuidado del cuerpo y la salud, la evitación de los riesgos, la demora de las gratificaciones o la superación de adversidad. Cuando estos activos no están presentes será menos probable ese desarrollo positivo y serán más frecuentes los trastornos emocionales y conductuales. Por lo tanto, de acuerdo con este modelo algunas características de los contextos de desarrollo en los que participan tanto los niños como los adolescentes, se encuentra: el apoyo y afecto en la familia, la disponibilidad de programas o actividades extraescolares en las que poder participar o la presencia de modelos adultos positivos en familia, escuela y comunidad, facilitarán que puedan resolver de forma satisfactoria las tareas evolutivas propias de la adolescencia, y contribuirán a la promoción de la competencia y el desarrollo positivo adolescente.

El predominio del modelo del déficit, que considera al desarrollo juvenil positivo como la ausencia de conductas problemáticas, ha llevado a que la mayor parte de la investigación e intervención realizada sobre la adolescencia se dirija a denominar, contar y reducir la incidencia de los riesgos para el desarrollo y las conductas poco saludables. Esto ha conducido a un mayor seguimiento de las conductas negativas que de las positivas y a un menor interés, con la consiguiente menor inversión de recursos, en el estudio y la promoción de comportamientos positivos. El sesgo hacia los comportamientos problemáticos se traduce también en la carencia de instrumentos o herramientas validadas para evaluar el desarrollo positivo, lo que supone un cierto desconocimiento de la presencia o incidencia de esas conductas o competencias. Así, mientras que son numerosos los estudios en México que se llevan a cabo con cierta regularidad, para conocer la incidencia de conductas problemáticas como el consumo de drogas o la violencia escolar, indicadores de depresión, carecemos de indicadores semejantes referidos a rasgos o comportamientos positivos.

Por lo que éste trabajo pretende paliar la carencia de instrumentos psicométricos para la evaluación de competencias y rasgos positivos. El punto de partida ha sido desde dos modelos, el primero nos referimos al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), el cual considera que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí ejerciendo una influencia directa en su desarrollo. Los niveles que conforman el marco ecológico son: individual, familiar, comunitario vinculado a los servicios sociales y cultural vinculado a los valores sociales.

El segundo modelo es el de González Arratia (2011) que indica que la resiliencia se sustenta en la interacción entre el individuo y el entorno, por lo que se entiende que la resiliencia es la capacidad que implica la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma

constructiva (González Arratia, 2011, 2014). Esta definición ha sido el eje central para el desarrollo de toda la investigación.

En esta línea de investigación, se han estudiado previamente un conjunto de variables denominados factores psicológicos, lo cuales son aquellos factores que sirven de ayuda a la hora de enfrentar una crisis o situaciones traumáticas y que explican la conducta resiliente. Entre las que se encuentran autoestima, enfrentamiento, locus de control, empatía, optimismo, satisfacción con la vida, sentido del humor, religiosidad espiritualidad, motivación de logro, felicidad, sentido de coherencia, personalidad resistente; los cuales han sido las variables más frecuentemente estudiadas además de que la evidencia indica que predicen el comportamiento resiliente de los individuos, pero que aún es importante de continuar investigando (Vinson, 2002, Stein 2004; Collins y Smyer, 2004; Mangham, McGrath, Gram. y Stewar, 1995; Steese, Dollete, Phillips, Hossfeld, Mattherws y Taormina, 2006; Werner y Smith, 1982; Garmezy, 1990, en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; Dumont y Provost, 1999; Van Leer, 2000; Leland, 2005, González Arratia, 2007, González Arratia, 2011, González Arratia, Valdez y González, 2013).

Considerando que la comprensión de las múltiples variables de la psicología positiva es aún insuficiente, trabajar en el desarrollo o perfeccionamiento de nuevos instrumentos para su medición, apoyados en una revisión suficiente de literatura puede ser un aporte importante para avanzar en este campo. Por ello, se deben tener en cuenta las recomendaciones de investigadores expertos en el área, sobre todo en cuanto a la necesidad de que los estudios que miden estas variables hagan aclaraciones conceptuales y asuman una posición teórica. Por tanto, es necesario, además, avanzar en la construcción de instrumentos validos y confiables y en diseños metodológicos mixtos que permitan mejorar la comprensión del fenómeno.

En psicología ha sido común el uso de instrumentos extranjeros y en especial la medición de la variables positivas puesto que básicamente hay tres tipos de

problemas: por un lado, los cuestionarios traducidos y/o adaptados no reflejan necesariamente nuestro patrón cultural, por otro lado, las escalas construidas no necesariamente cuentan con un respaldo teórico sólido que avale las dimensiones contenidas en el instrumento y también no existen estudios estadísticos rigurosos que permitan considerar la confianza en las mediciones hechas (Saavedra y Villalta, 2008).

En este sentido y desde la postura etnopsicológica de Díaz-Guerrero (1997) y Reyes Lagunes (1996), es indispensable la creación de instrumentos sensibles para la medición, y en este caso, nos interesó particularmente realizar estudios de validez de constructo de los instrumentos así como mirar con atención qué es lo que sucede en nuestro país, de modo que sea posible crear alternativas y estrategias pertinentes para su medición.

## SALUD MENTAL POSITIVA

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva bio-psicosocial.

Además, el concepto de salud, suele entenderse como ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta definición al parecer implica plantearse exclusivamente desde la enfermedad, por lo que la OMS (1946) define a la salud de manera más amplia, así, se entiende que es el estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Además el concepto de salud mental ha sido construido desde criterios estadísticos o criterios normativos en términos generales (Rodríguez, 2005). El hecho de que la ausencia de enfermedad no garantice la salud, indica que debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa parcialmente ésta perspectiva (Juárez, 2011).

En ésta misma dirección Moreno Jiménez, Garrosa y Gálvez (2005), refieren que se ha desarrollado una concepción holística de salud en la que se asume que el individuo busca, no solamente no estar enfermo, sino además encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como: la familia, la educación y la calidad de vida en general. Desde esta perspectiva, la salud se formula como un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas. Esto último apunta a destacar que en una cultura puede ser considerado como normal y sano, en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado como anormal o patológico, es decir, que los estándares de comportamiento saludable varían con el lugar, tiempo, cultura y expectativas del grupo social (Jahoda, 1958).

Aunque hay dificultades para definir el concepto de salud mental en términos positivos, no cabe duda de que la aproximación de la denominada salud mental positiva tiene en cuenta aspectos que han sido relativamente descuidados en la práctica y en la investigación. La salud mental implica un estado emocional positivo y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y en general un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone de disponer de recursos para afrontar diversidades y aún más importante para desarrollarnos como seres humanos (Vázquez & Hervás, 2009).

Los avances científicos, unidos a un cambio de actitud social, fueron definiendo un nuevo enfoque de la salud mental, basado en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

De esta concepción empiezan a surgir los principios de prevención y rehabilitación, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante (Abella, 1963, 1981a; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Linares, 1981; Rigol, 1991).

Los criterios que configuran el modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda (1958) nos proporciona algunas directrices para orientar el diagnóstico de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales. Sin embargo, a pesar de que utilizamos el término modelo, la autora se limita a describir seis criterios de salud mental, sin plantear ninguna hipótesis acerca de las interacciones entre los criterios, ni respecto al peso específico que cada uno de ellos puede tener en el constructo salud mental positiva. 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”.

La revisión de la bibliografía pone claramente de manifiesto la paradoja de que en el ámbito de la salud mental predomina el modelo de enfermedad como ya se ha hecho mención anteriormente. La psicología se ha dedicado fundamentalmente a investigar, entender o explicar la disfunción y los profesionales están formados para trabajar con la patología y no con la salud (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997). Las intervenciones van dirigidas, en general, al tratamiento y, por tanto, el objetivo fundamental es la curación. Los diferentes modelos que pretenden explicar el comportamiento general del ser humano, en realidad, solo estudian el comportamiento humano de los humanos que tienen problemas. Sin embargo, cuando se explora el comportamiento normal hay una tendencia a focalizarse en las emociones negativas, en las características personales que pueden predisponer a padecer determinadas enfermedades o en los procesos que pueden crear conflictos.

Por su parte Seligman y Peterson (2000) identificaron cuatro componentes de la salud mental positiva: talentos, facilitadores, fortalezas y resultados. Los talentos son innatos, genéticos y no se ven muy afectados por la intervención (ejemplo, un coeficiente intelectual alto). Los facilitadores reflejan condiciones sociales e intervenciones favorables (una familia sólida, un buen sistema escolar). Las fortalezas representan rasgos del carácter (amabilidad, capacidad de perdonar, curiosidad,

honestidad). Los resultados reflejan variables dependientes (mejores relaciones sociales y bienestar subjetivo).

Para Valliant (2012), la salud mental implica diferentes factores: 1) la salud mental puede conceptuarse como lo superior a lo normal, como es una calificación de más de 80 puntos en la Valoración Global del Funcionamiento (GAF, 6) del DSM-IV; 2) se puede conceptualizar como un estado de múltiples fortalezas humanas más que de falta de debilidades; 3) puede concebirse como madurez; 4) puede verse como la dominancia de las emociones positivas; 5) puede equipararse a una inteligencia socioemocional alta; 6) puede verse como un bienestar subjetivo y 7) puede definirse como la resistencia a la adversidad.

Pero lo que se debe considerar ahora es que los individuos al fin y al cabo, lo que quieren es ser felices, y lo que se ha observado para acercarse a esa meta, es tratar de adaptarse al mundo que les ha tocado vivir. Además de que los cambios tan acelerados producto de la modernización, también demandan nuevas estrategias para enfrentar las situaciones.

## **HIPÓTESIS**

Desde el enfoque ecológico es importante el estudio de la salud mental positiva en niños y adolescentes, así como identificar cuáles son los mediadores individuales y sociales que actúan de forma positiva o negativa para originar un resultado determinado en las personas ante una adversidad específica. Esto es, conocer cuáles son y cómo se relacionan los aspectos psicológicos y sociodemográficos que pueden favorecer la salud mental positiva y su adaptación positiva ante la adversidad. Como lo señalan Roque, Acle y García (2009), los mediadores pueden provenir de fuentes internas y externas o de una combinación de ambas en interacción. Por lo que se pretende comprobar las siguientes hipótesis:

H1. Probar un modelo multidimensional con variables contextuales e individuales y sus interrelaciones partiendo de que el grupo no resiliente presentara efectos significativos de las variables contextuales, mientras que el grupo resiliente tendrá efecto significativos de las variables individuales (autoestima, satisfacción con la vida, estilos de enfrentamiento, optimismo, afecto positivo-negativo y locus de control) moduladas por las disposiciones hacia la salud mental positiva y las características autorregulatorias.

H2. Existen diferencias en el nivel de salud mental positiva, resiliencia, autoestima, estilos de enfrentamiento a los problemas, locus de control interno-externo, optimismo, satisfacción con la vida, entre hombres y mujeres.

## **OBJETIVO GENERAL Y PARTICULARES**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Poner a prueba un modelo explicativo de la salud mental positiva que incluye factores psicológicos, sociodemográficos (sexo y edad) en una muestra de niños y adolescentes.

### **OBJETIVOS PARTICULARES.**

1. Validar las escalas de Salud mental positiva y escala de afectos positivos-negativos en niños y adolescentes mexicanos.
2. Describir los niveles de salud mental positiva, resiliencia, autoestima, estilos de enfrentamiento, locus de control, optimismo, satisfacción con la vida y afecto positivo-negativo que poseen los niños y adolescentes, hombres y mujeres de la muestra bajo estudio.
3. Comprobar si existe relación entre las variables salud mental positiva y factores psicológicos y sociodemográficos.
4. Identificar cuál (les) conjunto de variables inciden en la salud mental positiva de niños y adolescentes.

5. Obtener un modelo que permita la explicación de la salud mental positiva infantil y juvenil.

Para el logro de estos objetivos la investigación se llevó a cabo en dos fases:

Fase I. Estudios descriptivos y prueba de hipótesis de acuerdo a las variables sexo y edad, su relación y relevancia en la explicación de la salud mental positiva

Fase II. Construcción del modelo explicativo de salud mental positiva en niños y adolescentes.

### **Fase I. Estudios descriptivos y prueba de hipótesis de acuerdo a las variables sexo y edad, su relación y relevancia en la explicación de la salud mental positiva**

#### **Participantes**

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, compuesta por un total de 194 niños (72 hombres, 122 mujeres) entre 9 y 12 años de edad ( $M=10.59$ ,  $DS=0.69$ ), todos estudiantes de educación básica pertenecientes a una escuela pública de la ciudad de Toluca, Estado de México.

#### **Instrumentos**

Se aplicaron los siguientes instrumentos

*Escala de Salud mental positiva (Lluch, 1999)*. Consta de 39 reactivos y cuatro opciones de respuesta que van de siempre a nunca, divididos en seis factores que son: Factor 1 Satisfacción personal: mide autoconcepto, satisfacción con la vida personal y satisfacción con las perspectivas de futuro, consta de 8

reactivos, y la autora reporta un Alfa de Cronbach= 0.82. Factor 2 Actitud prosocial: se refiere a predisposición activa hacia lo social, hacia la sociedad, actitud social altruista (actitud de ayuda- apoyo hacia los demás), aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales, tiene 5 reactivos con un Alfa de Cronbach de 0.58. Factor 3 Autocontrol: es la capacidad para el afrontamiento del estrés de situaciones conflictivas equilibrio emocional, control emocional, tolerancia a la ansiedad y al estrés. Cuenta con 5 reactivos y la autora reporta un alfa de Cronbach de 0.81. Factor 4 Autonomía: es la capacidad para tener criterios propios, independencia, autorregulación de la propia conducta, seguridad personal, confianza en sí mismo, lo integran 5 reactivos y un alfa de Cronbach de 0.77. Factor 5 resolución de problemas y autoactualización: mide la capacidad de análisis, habilidad para tomar decisiones, flexibilidad, capacidad para adaptarse a los cambios, actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo, con 9 reactivos y un Alfa de Cronbach de 0.79. Factor 6 Habilidades de relación interpersonal: es la habilidad para establecer relaciones interpersonales, empatía (capacidad para entender los sentimientos de los demás), habilidad para dar apoyo emocional, habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas y tiene 7 reactivos y un alfa de Cronbach de 0.71. La escala global reporta una consistencia interna a través de alfa de Cronbach de 0.9061 y fiabilidad test-retest de  $r=.85$ . Los seis factores extraídos explican el 46.8% de la varianza total. La correlación entre todos los factores es significativa por lo que la autora confirma una estructura multifactorial.

*Escala de Resiliencia (González Arratia, 2011)*. Es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (2006) organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre). Con una varianza total explicada de 40.33%. El primer factor explica el 14.83% de la varianza, en el caso del factor 2 fue de 13.51% y el factor 3 con una varianza de

11.98%. Se obtuvo una consistencia interna de Alpha de Cronbach alta con los 32 ítems de 0.91). Del análisis factorial confirmatorio, se comprobó la tridimensionalidad del instrumento de resiliencia (González Arratia, y Valdez, 2012). Cuenta con tres dimensiones que son: Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas (Alfa= 0.80 con 14 reactivos). Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo (Alfa = 0.73 con 11 reactivos). Empatía. Evalúa comportamiento altruista y prosocial (Alfa= 0.78, con 7 reactivos).

*Escala de autoestima* (González Arratia, 2011). Esta escala es útil para indagar el nivel de autoestima de los individuos tanto para niños como para adolescentes. Cuenta con 25 reactivos y 4 opciones de respuesta (4 = Siempre; 3 = Muchas veces; 2 = Pocas veces; 1 = Nunca). Dividida en seis dimensiones: yo, familia, fracaso, trabajo intelectual, éxito y afectivo-emocional. Cuenta con el 28.5% de varianza total explicada y una confiabilidad de que va de .80 a .90 entre las dimensiones.

*Escala de enfrentamiento a los problemas* (Góngora, 2000). Es una escala multidimensional y multisituacional para adolescentes, sin embargo ya se ha hecho una adaptación con niños obteniéndose buenos resultados. (González Arratia, 2007). Consta de la siguiente pregunta: “cuando tengo un problema en mi vida Yo... con 18 reactivos y 7 opciones de respuesta tipo lickert pictórico.

*Escala de locus de control* (Andrade, 1984). Mide locus de control en niños. Obtuvo una varianza de 19.3% y contiene 30 reactivos con dos opciones de respuesta (SI-NO) divididos en dos dimensiones: locus de control interno y locus de control externo.

*Escala de optimismo* (González Arratia y Valdez, 2013) consta de 39 reactivos con cinco opciones, cuenta con el 33.85% de varianza explicada y un Alpha de Cronbach total de .9480. Dividida en dos dimensiones: Optimismo disposicional (28 reactivos, Alfa=.939) que se refiere a la generalización de expectativas positivas, tendencia a esperar resultados positivos o favorables en la

vida. Optimismo situacional (11 reactivos, Alfa= .773) constituye un mecanismo que surge frente a un evento estresante y permite enfrentar de mejor forma dicho evento, se da frente a una situación particular.

*Satisfacción con la vida* (Dinner, 2008) es una escala unidimensional que consta de 5 reactivos y 7 opciones de respuesta y a partir de la puntuación total se obtienen los niveles de satisfacción que son extremadamente satisfecho (31-35 puntos), satisfecho (26-30 puntos), ligeramente satisfecho (25-25 puntos), neutro (20 puntos), un poco insatisfecho (15-19 puntos), insatisfecho (10-14 puntos) y extremadamente insatisfecho (5-9 puntos).

## **Procedimiento**

Previa autorización de la institución y del consentimiento informado por parte de los padres, todos los participantes completaron ambas escalas en una sesión y en un tiempo aproximado de 45 minutos en los salones de clase y en horarios académicos de manera voluntaria anónima y confidencial, siguiendo los estándares éticos que indica la American Psychological Association (2002, pp.381). Todos los participantes fueron informados del propósito de la investigación, y fueron atendidas las dudas que surgieron en el momento de aplicación.

## **Análisis de resultados**

Los datos obtenidos se analizaron en el programa estadístico SPSS 20. Se realizaron los cálculos de estadística descriptiva de las variables demográficas y posteriormente se sumaron los ítems de cada una de las escalas para obtener el puntaje total y resultaron índices. Se obtuvieron también las alfas de todas las escalas y se analizaron las correlaciones entre los índices teóricos

## Resultados fase I

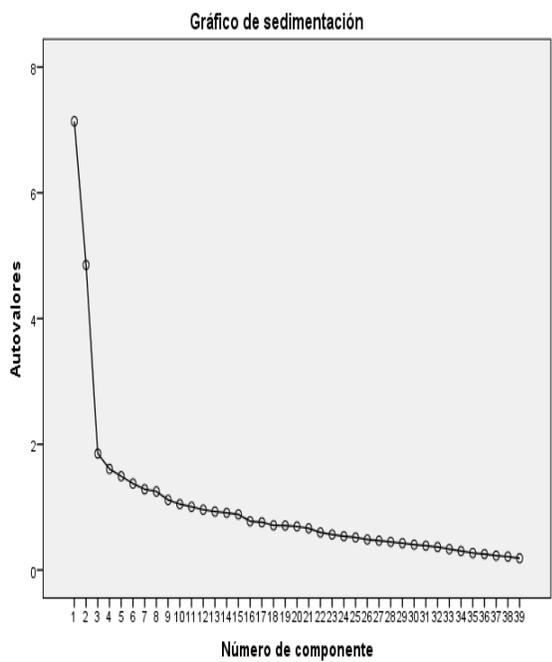
### **Estudios descriptivos y prueba de hipótesis de acuerdo a las variables sexo y edad, su relación y relevancia en la explicación de la salud mental positiva**

Respecto al objetivo 1, se procedió al cálculo de análisis factorial exploratorio para obtener las dimensiones fundamentales, se obtuvo la prueba de esfericidad de Barlett y el índice KMO para valorar la adecuación de la solución factorial, la cual resultó significativa (2.51,  $p=0.001$ ;  $KMO=0.80$ ). Estos valores indicaron que era pertinente el análisis, por lo que se llevó a cabo un factorial exploratorio con el método de componentes principales, lo cual nos permitió examinar el número de factores subyacentes en la escala y si la estructura factorial coincidía con la de la versión original y debido a que se consideró la varianza total (Levy y Varela, 2003 p.343). Se realizó con rotación oblicua dado que se parte del supuesto de que las rotaciones oblicuas permiten la existencia de factores correlacionados (Kerlinger y Lee, 1986; Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004; Landero et al., 2006), debido a que el instrumento original de Lluch (1999) así lo ha realizado. Asimismo, se consideraron como criterios: autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes esperados que en esta investigación son 6, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40, criterio de contraste de caída para identificar el número óptimo de factores que pueden ser extraídos e interpretación significativa.

A partir de lo anterior, se llevó a cabo el análisis en el que se forzaron a 6 factores, sin embargo, el factor 5 sólo se incorporaron dos ítems y en virtud de que al menos se esperaban 3 reactivos por dimensión, se optó por una mejor solución en la que se extrajeron cuatro de las seis dimensiones originales, la cual cuenta con una varianza total explicada de 39.61%, en la que se conservaron 30 reactivos (ver tabla 1,2 y 3).

Tabla 1 Varianza Total Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación <sup>a</sup>
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	7.137	18.300	18.300	7.137	18.300	18.300	5.342
2	4.853	12.444	30.744	4.853	12.444	30.744	3.782
3	1.853	4.751	35.495	1.853	4.751	35.495	4.139
<b>4</b>	<b>1.608</b>	<b>4.122</b>	<b>39.617</b>	<b>1.608</b>	<b>4.122</b>	<b>39.617</b>	<b>3.419</b>
5	1.492	3.825	43.443	1.492	3.825	43.443	2.716
6	1.375	3.526	46.969	1.375	3.526	46.969	3.228
7	1.285	3.295	50.264				
8	1.249	3.204	53.467				
9	1.116	2.861	56.329				
10	1.048	2.688	59.016				
11	1.007	2.581	61.597				
12	.960	2.461	64.058				
13	.930	2.384	66.442				
14	.909	2.331	68.773				
15	.885	2.268	71.041				
16	.776	1.989	73.031				
17	.760	1.948	74.978				
18	.711	1.822	76.801				
19	.708	1.814	78.615				
20	.692	1.775	80.390				
21	.663	1.699	82.089				
22	.597	1.531	83.620				
23	.565	1.449	85.069				
24	.537	1.377	86.446				
25	.517	1.327	87.773				
26	.485	1.245	89.017				
27	.466	1.194	90.212				
28	.446	1.144	91.356				
29	.427	1.094	92.450				



30	.403	1.032	93.482	
31	.387	.993	94.475	
32	.367	.940	95.415	
33	.333	.854	96.269	
34	.302	.773	97.042	
35	.271	.695	97.737	
36	.254	.650	98.387	
37	.228	.586	98.973	
38	.213	.547	99.520	
39	.187	.480	100.000	

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 2 Valores de los factores de la escala de salud mental positiva Oblicua

Factor	Número de reactivos	Autovalores iniciales	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada
1. Satisfacción personal	12	7.13	18.30	18.30
2. Resolución de problemas	7	4.85	12.44	30.74
3. Integración o autocontrol	6	1.85	4.75	35.49
4. Habilidades de relación	5	1.60	4.12	39.61

N= 194

Tabla 3 Estructura Factorial reactivos y cargas de los factores para una solución oblicua de cuatro factores de la escala de salud mental positiva

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Comunalidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
S8. A mí me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.	<b>.717</b>	-.037	-.109	.005	.522	.801
S7. Para mí, la vida es aburrida y monótona	<b>.684</b>	.052	.251	-.060	.561	.805
S9. Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	<b>.617</b>	-.140	-.286	-.044	.485	.801
S14. Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean.	<b>.561</b>	-.278	-.171	-.208	.546	.802
S2. Los problemas me bloquean fácilmente.	<b>.555</b>	.159	.184	-.072	.360	.804
S3 A mi me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas.	<b>.549</b>	-.302	-.434	-.141	.606	.800
S6. Me siento a punto de explotar	<b>.533</b>	.265	.128	.087	.294	.804
S31. Creo que soy un inútil y no sirvo para nada	<b>.522</b>	-.020	.152	-.194	.401	.804
S33. Me resulta difícil tener opiniones personales.	<b>.495</b>	-.156	-.107	-.167	.367	.803
S12. Ceo mi futuro con pesimismo	<b>.491</b>	-.064	-.057	-.235	.374	.801
S13. Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.	<b>.426</b>	.134	-.078	-.272	.333	.798
S38. Me siento insatisfecho/a conmigo mismo/a	<b>.402</b>	.121	.048	-.305	.324	.800
S28. Delante de un problema soy capaz de solicitar información.	.128	<b>.637</b>	-.164	.100	.467	.801
S16. Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.	.026	<b>.603</b>	-.107	-.036	.409	.801
S15. Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo/a	.057	<b>.530</b>	-.125	-.008	.326	.803
S20. Creo que soy una persona sociable	.118	<b>.513</b>	-.083	.144	.286	.805
S32. trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	-.227	<b>.491</b>	-.218	-.142	.460	.803
S25 .Pienso en las necesidades de los demás.	-.006	<b>.490</b>	-.011	-.076	.254	.804
S27. Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme.	-.030	<b>.414</b>	-.396	.133	.428	.803
S5. Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas.	.093	.184	<b>.650</b>	.080	.506	.800
S26. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.	-.104	.029	<b>.588</b>	.068	.377	.806
S22. Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida.	.026	.327	<b>.507</b>	.004	.451	.800
S21. Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos.	.117	.218	<b>.503</b>	.138	.350	.802
S18. Me considero "un/a buen/a estudiante.	-.082	.176	<b>.499</b>	-.064	.353	.802
S4. Me gusto como soy	-.321	.121	<b>.432</b>	-.010	.364	.807
S19. Me preocupa que la gente me critique.	-.016	-.138	.024	<b>.804</b>	.644	.800
S10. Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.	.127	-.040	.054	<b>.750</b>	.630	.798
S39. Me siento insatisfecho/a de mi aspecto físico	.173	.048	.117	<b>.578</b>	.422	.800
S30. Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes.	.241	-.016	.054	<b>.454</b>	.326	.801
S34. Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o.	.376	.154	.240	<b>.447</b>	.474	.800
Alfa de Crobach total	$\alpha=0.807$					
Alfa de Cronbach por factor	0.81	0.50	0.77	0.73		
% de varianza	18.30	12.44	4.75	4.12		
Media	3.09	2.04	2.12	2.86		
DS	0.58	0.59	0.61	0.77		

Nota. Método de extracción Componentes principales. Rotación Oblicua ha convergido en 25 iteraciones. KMO=0.801, p=0.000

Respecto a la validez de constructo de la escala de Afecto- positivo-negativo se llevo a cabo un análisis factorial exploratorio. Tabla 1 se presentan la información de la varianza total explicada con los 20 reactivos que es de 46.69%.

Tabla 4 Valores de los factores de la escala PANAS Varimax

Factor	Número de ítems	de	Varianza explicada (%)	Varianza acumulada
Afectos positivo	10		23.45	23.45
Afectos negativo	10		23.23	46.69

N= 194

En la tabla 5 se observan los reactivos de las dos dimensiones. El primer factor rotado corresponde a la dimensión AP compuesta de 10 reactivos. El segundo factor corresponde a AN, el cual también está compuesto por 10 ítems. Las comunalidades son una estimación de la proporción de varianza explicada por los componentes dentro de cada variable y en este caso van de .27 a .62. Los ítems se ordenan según sus cargas factoriales (de mayor a menor) y se agrupan de acuerdo al factor. Para la evaluación de la fiabilidad se utilizó Alfa de Cronbach en la que se obtuvo un coeficiente total de la escala de  $\alpha = .819$ . Respecto a los datos descriptivos, las medias obtenidas, se encontró que el valor de la media más alta corresponde a la dimensión AP, seguido del factor AN.

Tabla 5 Pesos factoriales y comunalidad correspondiente a la solución bifactorial de la escala PANAS muestra total (rotación Varimax)

Reactivo	Factor 1 AP	Factor 2 AN	Comunalidad
Activo	<b>.768</b>	-.050	0.347
Atento	<b>.758</b>	-.057	0.453
Orgullosa	<b>.755</b>	-.019	0.332
Motivado	<b>.735</b>	-.057	0.360
Decidido	<b>.728</b>	-.161	0.544
Entusiasta	<b>.712</b>	-.168	0.629
Inspirado	<b>.616</b>	.028	0.484
Interesado	<b>.581</b>	.099	0.324
Estimulado	<b>.532</b>	.220	0.535
Alerta	<b>.418</b>	.310	0.571
Miedoso	.006	<b>.764</b>	0.375
Avergonzado	-.076	<b>.735</b>	0.271
Culpable	-.253	<b>.751</b>	0.557
Asustado	-.103	<b>.688</b>	0.380
Nervioso	.149	<b>.644</b>	0.437
Atemorizado	-.001	<b>.636</b>	0.556
Irritable	-.020	<b>.612</b>	0.578
Tenso	.305	<b>.600</b>	0.588
Disgustado	-.048	<b>.598</b>	0.592
Hostil	.024	<b>.569</b>	0.405
Alfa de Cronbach total $\alpha$ =		.819	
% de varianza	23.45	23.23	
Media	30.94	20.59	
Desviación Típica	8.87	7.69	

Nota. Método de extracción Componentes principales. Rotación Varimax ha convergido en 3 iteraciones.  $KMO=.835$ ,  $p=.000$ ,  $N= 194$

Posteriormente, se obtuvieron las medias y desviación estándar de las dimensiones de cada una de las escalas, así como del total, en donde se encontró que para la escala de resiliencia la media más alta fue en el factor protector externo (Media=4.22, DS=.56 ), seguida del factor protector interno (Media=4.16, DS=.69) y menor en el caso del factor empatía (Media=3.95, DS=.68), en el puntaje total de resiliencia la media se ubica en un nivel de resiliencia alta. En el caso de la media para cada una de las variables de la escala de autoestima, la puntuación más alta se sitúa en el factor familia y la más baja está en el factor éxito (Media=2.61, DS=.41). Respecto a los estilos de enfrentamiento, el estilo directo presentó la media más alta, mientras que el estilo de enfrentamiento emocional negativo fue el que se reporta como el promedio más bajo (Media= 4.62, DS=1.26). Respecto a los coeficientes de confiabilidad a través de alfa de Cronbach se encontró que la escala de locus de control y de satisfacción con la

vida tienen un coeficiente bajo, mientras que las escalas de SMP, resiliencia, autoestima, optimismo y afectos positivo-negativo fueron satisfactorias (ver tabla 6).

Tabla 6 Resiliencia y Variables Psicológicas Datos descriptivos

Escala	Factores	mínimo	máximo	Media N=	DS	Alpha de Cronbach total
Salud Mental Positiva	Satisfacción personal	1	4	3.09	.58	
	Resolución de problemas	1	3.67	2.04	.59	
	Integración o autocontrol	1	3.86	2.12	.61	
	Habilidades de relación	1	4	2.86	.77	
	Total SMP	53	136	97.86	13.15	0.807
Resiliencia	Factor protector interno	1	5	4.16	.69	
	Factor protector externo	2	5	4.22	.56	
	Empatía	1	5	3.95	.68	
	Resiliencia total	57	185	132.37	18.37	0.894
Autoestima	Yo	1	3	2.57	.38	
	Familia	1	3	2.61	.41	
	Fracaso	1	3	2.43	.45	
	Trabajo intelectual	1	3	2.39	.37	
	Éxito	1	3	2.32	.44	
	Total Autoestima	1	3	2.50	.31	0.870
Estilos de Enfrentamiento	Directo	1	7	5.52	.88	
	Emocional	1	7	4.62	1.26	
	Evasivo	1	7	5.25	1.03	
	Total enfrentamiento					0.794
Locus de Control	Externo	0	.94	.34	.22	
	Interno	0	1	.71	.20	
	Total locus de control					0.656
Afecto	Positivo	4	39	20.77	8.81	
	Negativo	1	35	10.85	7.65	
	Total afecto					0.831
Optimismo	Optimismo disposicional	1	5	4.29	.61	
	Optimismo situacional	1	5	4.21	.72	
	Total optimismo	1	5	4.25	.64	0.960
Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida	8	35	26.49	5.77	0.686

Posteriormente se comprobaron las puntuaciones de los niveles de resiliencia a partir del puntaje total. Se establecieron para ello los percentiles 25 (grupo baja resiliencia, y la comparación entre ellos se hizo con la prueba U de Mann-Whitney, que indica que si hay diferencia entre el grupo de alta y baja resiliencia ( $Z= 3.27$ ,  $p=.001$ ).

El resto de los participantes no pertenecen a esta clasificación. A partir de esta clasificación, se efectuó un análisis de t de Student para observar si había diferencias de acuerdo al grupo alta y baja resiliencia respecto a cada una de las dimensiones de todas las escalas. De éste análisis, se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indican que, en el caso del grupo considerado con muy alta resiliencia, se presentan en mayor medida 11 de las ... dimensiones evaluadas que son: yo, familia, fracaso, trabajo intelectual y éxito (autoestima), estilo de enfrentamiento directo, locus control externo y optimismo disposicional y situacional en contraste con el grupo que puntúa con muy baja resiliencia. En el resto de las dimensiones no hay diferencias significativas (ver tabla 7).

Tabla 7 t de Student Diferencias Alta y Baja Resiliencia y Variables Psicológicas

Escala	Factores	P	T	Media Grupo no resiliente n=78	Ds	Media Grupo resiliente n=115	Ds
Salud Mental Positiva	Satisfacción personal	.001	-4.69	2.82	.50	3.18	.56
	Resolución de problemas	.001	4.71	2.62	.47	2.27	.53
	Integración o autocontrol	.001	6.51	2.38	.54	1.86	.54
	Habilidades de relación	.005	-2.85	2.62	.84	2.96	.73
	Total SMP	.129	1.52	99.61	13.14	96.67	13.07
Autoestima	Yo	.001	-7.12	2.35	.39	2.72	.29
	Familia	.001	-5.17	2.42	.45	2.77	.34
	Fracaso	.001	-5.86	2.22	.41	2.58	.42
	Trabajo intelectual	.001	-6.40	2.20	.35	2.52	.33
	Éxito	.001	-5.54	2.12	.67	2.45	.43
	Total Autoestima	.001	-8.40	2.30	.26	2.63	.27
Estilos de Enfrentamiento	Directo	.001	-4.06	5.19	.99	5.73	.72
	Emocional	.001	4.19	5.05	1	4.34	1.34
	Evasivo	.890	-.13	5.23	1.12	5.25	.97
	Total enfrentamiento						
Locus de Control	Externo	.029	2.19	.38	.21	.31	.21
	Interno	.001	-4.77	.62	.22	.77	.16
	Total locus de control						
Afecto	Positivo	.001	-5.75	16.79	7.93	23.46	8.38
	Negativo	.101	1.65	11.96	7.94	10.12	7.73
	Total afecto						
Optimismo	Optimismo disposicional	.001	-5.27	3.99	.72	4.78	.42
	Optimismo situacional	.001	-4.75	3.90	.82	4.42	.56
	Total optimismo	.001	-5.48	3.94	.75	4.45	.46
Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida	.001	-5.03	23.97	6.23	28.19	4.76

Considerando el total de la muestra y con el objetivo de observar si había diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al sexo, se realizó un análisis de t de Student, asumiendo que las varianzas son iguales (Prueba de Levene para igualdad de la varianza, 95% de confianza) y los resultados muestran que si hay diferencias en SMP a favor de las mujeres, mientras que los hombres puntuaron más alto en afecto positivo, locus de control externo y estilo de

enfrentamiento evasivo. En el resto de las variables no se obtuvieron diferencias significativas (ver tabla 8).

Tabla 8 t de Student Diferencias Hombres y Mujeres SMP y Variables Psicológicas

Dimensión	P	T	Media hombres n=78	Ds	Media mujeres n=77	Ds
Salud mental positiva	.002	-3.19	93.61	15.72	<b>100.33</b>	10.71
Afecto positivo	.014	2.49	<b>22.84</b>	8.44	19.60	8.84
Locus de control externo	.050	1.94	<b>.38</b>	.20	.32	.22
Enfrentamiento evasivo	.037	2.10	<b>5.44</b>	.91	5.13	1.07

Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson entre las escalas considerando una  $p \leq .05$ , lo cual revela que el puntaje global de SMP correlaciona en el sentido esperado con resiliencia ( $r=193$ ,  $p \leq .007$ ), satisfacción con la vida ( $r=.172$ ,  $p \leq .008$ ), estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo ( $r= -.151$ ,  $p \leq .031$ ,  $r= -.274$ ,  $p \leq .000$ ) y locus de control externo ( $r=-.228$ ,  $p \leq .002$ ). El resto de las dimensiones no se encontró relación.

### ***Fase II. Construcción del modelo explicativo de la salud mental positiva para niños y adolescentes.***

En el caso de ésta fase, se trabajó para dar respuesta a los objetivos 4 y 5

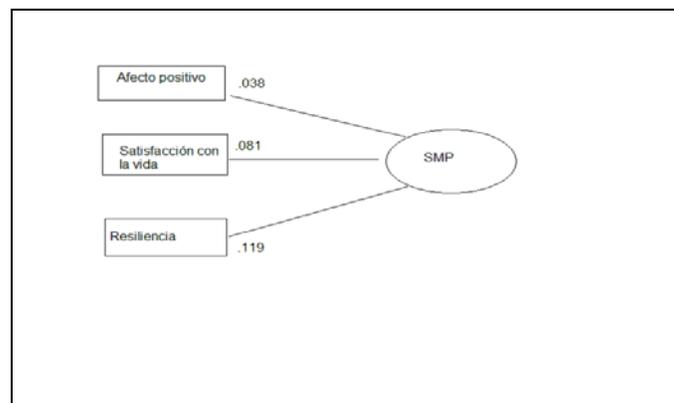
Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple por pasos, con el objetivo de determinar en qué medida las variables psicológicas inciden sobre la SMP, por lo que la hipótesis nula a contrastar fue que: la variable independiente resiliencia autoestima, optimismo, satisfacción con la vida, locus de control, afecto positivo-negativo y enfrentamiento no contribuyen significativamente a explicar la SMP en niños y adolescentes. Puesto que el nivel crítico obtenido fue menor que .05 se puede rechazar la hipótesis nula y se concluye que la incorporación de las

variables independientes mejora significativamente el ajuste y capacidad predictiva del modelo. En el que se encontró que en primer lugar el afecto positivo, la satisfacción con la vida y la resiliencia contribuyen a la explicación de la SMP en un 11.9% ( $R=.346$ ,  $R^2= .119$ ,  $F= 6.55$ ,  $p=.001$ ) (ver tabla 9).

Tabla 9 Resumen de análisis de regresión para los predictores de Resiliencia

Variables	B	SE B	$\beta$	t	P
Paso 1 Afecto positivo	.237	.120	.177	1.97	.050
Paso 2 Satisfacción con la vida	.605	.180	.295	3.36	.001
Paso 3 Resiliencia	.148	.059	2.36	2.50	.013

Figura 1 Modelo Explicativo de SMP en niños y Adolescentes



## Discusión

El desarrollo de ésta investigación ha permitido llegar a diferentes conclusiones. Los resultados indican que la estructura factorial de la escala de Salud mental positiva obtenida en esta investigación es distinta a la versión original, por lo que este estudio proporciona los primeros datos sobre su uso en muestras de niños (Amar, Palacio, Llinás, Puerta, Sierra, Pérez, y Velásquez, 2008). Sin embargo, se requiere de mayor evidencia para afirmar que la prueba posee validez, para determinar qué tanto los factores obtenidos y las variables cargadas en ellos corresponden a la estructura factorial originalmente planteada por Lluich (1999).

Con respecto a los datos de validez convergente, los datos apuntan a considerar que hay relación positiva y significativa entre salud mental y resiliencia, lo cual coincide con Vinnacia y Quinceno (2011), Fiorentino (2008), ya que se ha encontrado que los individuos con mayor nivel de resiliencia presentan mejor salud mental (Serrano-Parra, Garrido-Abejar, Notario-Pacheco, Bartolomé-Gutiérrez, Solera-Martínez y Martínez-Vizcaino, 2012).

Respecto a la validación de escala PANAS los resultados del análisis factorial exploratorio hallado, muestra una estructura bidimensional estable de afecto positivo-negativo, y nos proporciona evidencia que apoya a la validez, que indican que los reactivos de AP se separan adecuadamente de los que corresponden al AN, tal y como lo sugieren los autores originales.

Asimismo, estos resultados proporcionan evidencia de validez convergente de la escala PANAS con una medida de resiliencia en el caso de una muestra de niños. Estos hallazgos confirman que a mayores afectos positivos, mayor resiliencia, lo cual coincide con Iraurgi, et al. (2012), ya que reporta que existe relación positiva entre el afecto positivo y la resiliencia, por lo que este resultado es congruente con la expectativa que nos habíamos planteado, ya que es una correlación significativa

entre ambos constructos (Castro, 2010). Mientras que con el AN, no hay relación, el cual parece medir estados de ánimo desadaptativos. Al respecto, se ha observado que los afectos positivo y negativo mantienen relaciones diferentes de acuerdo a la interpretación del contexto que rodea a una persona. Dado que cuando el contexto es valorado como amenazante tienden a bipolarizarse (Del Pino, Peñate & Bethencourt, 2010). Esta aseveración nos hace pensar en que se tiene que trabajar aún más en la escala de AN, ya que según Fredrickson (2001) el efecto de las emociones negativas no es inmediato, sino a largo plazo, permite construir una reserva de recursos físicos, intelectuales psicológicos y sociales disponibles para momentos de crisis en el futuro, de tal forma que sería conveniente analizar el efecto diferencial de las emociones negativas como indicadores de recuperación, lo cual sería un indicador de resiliencia (Salgado, 2009).

El análisis de regresión múltiple indica que el afecto positivo, satisfacción con la vida y resiliencia en conjunto inciden sobre la salud mental positiva en los niños. Este modelo enfatiza que estas tres variables contribuyen a la explicación de la salud mental positiva, por lo que podemos decir que la salud mental positiva no puede ser reducida a un solo factor o causa, sino que es multidimensional y en el caso de los niños y adolescentes no es la excepción. La relación entre estas variables es moderada, sin embargo, si se quiere elaborar un programa para fortalecer la SMP, sin duda se tendrán que incluir todas estas variables. Además, es necesario mencionar que ninguno de estos factores por sí mismos son altamente significativos, sino que deben ser entendidos como predisposiciones que interactúan y no actúan en forma casual o determinista.

En concreto, el aporte más destacado del modelo al que finalmente se ha llegado consiste en la distinción entre los efectos de las distintas variables sobre la SMP. Si bien, todas y cada uno de las variables incluidas en el análisis ejercen un efecto significativo y positivo sobre la SMP, el modo en que lo ejercen no es el igual; así como tampoco es igual la importancia que tienen diferentes variables sobre la valoración global de la SMP. Por lo que se concluye que la aplicación empírica de

los modelos de ecuaciones estructurales en futuras investigaciones se tiene que seguir especificando en una muestra ampliada a fin de poder generalizar los resultados.

Finalmente, si bien, hemos avanzado mucho en el estudio empírico de la resiliencia aún queda mucho por investigar. Ejemplo de ello es analizar la resiliencia desde una perspectiva cualitativa, a través de entrevistas a profundidad y/o historias de vida, a fin de construir un modelo integral de resiliencia, así como su efecto sobre la salud. Así como seguir generando investigación y reflexionar sobre conceptualizaciones teóricas que mantienen a la resiliencia como uno de los temas vigentes de la psicología

## REFERENCIAS

- Albee, G.W. (1980): A competency model to replace the deffect model. En M.S. Gibbs, Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Youth Self Report and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont.
- Abella, D. (1963). *Què cal saber d'higiene mental*. Barcelona: Barcino.
- Abella, D. (1981). Psiquiatria i medicina. En D. Abella (Dir.), *Psiquiatria Fonamental* (pp.21-31). Barcelona: Edicions 62.
- 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 Toluvejo. *Suma Psicológica*, 15(2), 385-403.
- Andrade, P.P. (1984). *Influencia de los padres en el locus de control de los hijos*. Tesis no publicada de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Benson, P. L., Mannes, M., Pittman, K. y Ferber, T. (2004). Youth development, developmental assets and public policy. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*, (2ª ed.), (pp.781-814). Nueva York: John Wiley.
- Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F. y Sesman, A., Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology*, (6ª ed.), (pp.894–941). Editors-in-chief: W. Damon y R.M. Lerner. Hoboken, NJ: Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: experiments by nature and desing, Cambridg (Ingl.) *Harvard University Press*.
- Collins, L.A., y Smyer, M. (2005). The resilience of self-esteem in late adulthood. *Journal of Aging and health*. Thousand Oaks, Vol 17(4).
- Damon, W. (2004). What is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 13–24.
- Del Pino, Peñate, W. & Bethercourt, J. M. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y modificación de conducta*, 36(153-154), 19-32.
- Díaz Guerrero, R. (1997). *Psicología del Mexicano*. Trillas. México.
- Diener, E., Sapyta, J.J. y Suh, E. (1998). Subjetive we-being is essential to we-being. *Psychological Iquiry*, 9(1), 33-37.
- Dumont, M. y Provost, M.A. (1999). Resilience in Adolescents: protective role of social support, coning strategies, self-esteem, and Social activities on

experiencias on stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 28, N° 3, 343-363.

Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 27-38). Madrid: Piramide.

Fernández-Ríos, L. y Cornes, J.M. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 39-57). Madrid: Piramide.

Fernández-Ríos, L., Cornes, J.M. y Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 59-77). Madrid: Piramide.

Ferrer, M., Antó, J.M. y Alonso Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). Salud mental. En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública* (Tomo I, pp.293-323). Buenos Aires: El Ateneo.

Fiorenino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113.

Góngora, C.E. (2000). *El Enfrentamiento a los problemas y el papel del control. Una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición*. Tesis no publicada de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

González Arratia, L.F.N.I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la Ciudad de Toluca*. Tesis no publicada de Doctorado en Investigación Psicológica. Psicología. Universidad Iberoamericana.

González Arratia, L.F.N.I., Domínguez, E.A. y Valdez, M.J.L. (2008). Resiliencia en niños. Una alternativa para su medición. *La Psicología Social en México* Vol XII, cap. 84, 605-610. Rivera A, S., Díaz Loving, R., Sánchez, A.R. y Reyes, L.I. Editores.

González Arratia, L.F.N.I. (2011). Resiliencia y personalidad. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis. Universidad Autónoma del Estado de México.

González Arratia, L.F.N. I. (2011). *Autoestima. Medición y estrategias de intervención para una reconstrucción del ser*. U.A.E.M.

González Arratia, L.F.N.I. y Valdez, M.J.L. (2012). Análisis Factorial confirmatorio del cuestionario de Resiliencia en una muestra de niños. En R. Díaz Loving; S. Rivera, A. y L. I. Reyes Lagunes, (Eds.). *La Psicología Social en México* (pp. 676-681). México: AMEPSO.

- González Arratia, L.F.N.I. y Valdez, M.J.L. (2013). Optimismo: validación de una escala para adolescentes Mexicanos. *Revista Peruana de psicología y trabajo social*. 2(1), 121-130.
- Grotberg, E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Barcelona, España: Gedisa.
- Hair, J. Anderson, R.E., Tatham, L.R. y Black, C.W. (2004). Análisis Multivariante. México: Prentice Hall.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychology Research*. 4, 1, 70-79.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Kerlinger, N.F. y Lee, B.H. (1986). Investigación del Comportamiento en Ciencias Sociales. México: McGraw Hill.
- Landero, H.R. y González, R.M. (2006). Estadística con SPSS y Metodología de la investigación. México: Trillas.
- Levy, M.J.P. y Varela, M.J. (2003). Análisis multivariable para las ciencias sociales. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Krauskopf, D. (1995). Adolescencia y Educación. San José: Asociación de Estudios Sociales de la Universidad de Costa Rica.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). Estado del arte en resiliencia. [www.resilienci.cl](http://www.resilienci.cl) (fecha de consulta agosto 2003).
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55, 170-183.
- Leland, K.H. (2005). Abandonment: An exploratory study of adolescent reaction within family and school. Dissertation Union Institute and University.
- Lerner, R.M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3a. ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lerner, R. M., Fisher, C. B. y Weinberg, R. A. (2000). Toward a science for and of the people: promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, 71, 11-20.
- Linares, J.L. (1981). Psiquiatría preventiva i salut mental. En D. Abella (Dir.). *Psiquiatría fonamental* (pp. 639-651). Barcelona: Edicions 62.
- Lluch, C.M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis no publicada de Doctorado. Universidad de Barcelona.
- Mangham, C., Mc Granth, P. Gram., R. y Steward, M (1995). Resiliency: relevance to health Promotion Discussion Paper. Atlantic health promotion Research Centre. Dalhousie University, Canada.

- Moreno – Jiménez, B.; Garrosa Hernández, E.; Gálvez Herrero, M. (2005). Personalidad positiva y salud. En: Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez, B. (2005) *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. (59-76) Bogotá: ALAPSA.
- Reyes, L. I. (1996). La Medición de la Personalidad en México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 12,1,2,31-60.
- Rigol, A. (1991). Historia de las ideas en Psiquiatría. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp. 1-10). Barcelona: Salvat.
- Rigol, A. y Garriga, X. (1991). Salud Mental en el Sistema Global de Salud. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp.93-119). Barcelona: Salvat.
- Rodríguez, R. R.O. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en Salud*, 7(2), 105-111.
- Saavedra, G.E. y Villalta, P.M. (2008). Escala de resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos. CEANIM, Santiago Chile.
- Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N. y Blith, D. A. (2000). The contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science*, 4, 27-46.
- Serrano-Parra, M.D.; Garrido-Abejara, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of psychological research*, 5(2), 49-57.
- Seligman, M. (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 16, 126-127.
- Seligman, M. ; Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *Am Psychol*.55(5)14-17.
- <http://www.mcgraw-hill-educacion.com/pye01e/cap13/13 analisis de correlacion y regresion.pdf>
- Stein, M.T. (2004) Resilience in children who are blind or visually impaired: Do self-esteem and self-efficacy mediate the protective effect of supportive parent-child relationships? Dissertation. Chicago School of professional Psychology.
- Steese, S., Dollette, M., Phillips, W, Hossfeld, E., Mattherws, y Taormina, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control and self-esteem. *Adolescence*. Spring, 41 (1): 161 Academy Research Library. 55-74.
- Theokas, C., Almerigi, J., Lerner, R.M., Dowling, E.M., Benson, P.L., Scales, P.C. y Von Eye, A. (2005). Conceptualizing and modeling individual and

ecological asset components of thriving in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 113–143.

Vaillant, G. (2012). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural? Forum salud mental positiva: modelos y repercusiones clínicas. *Word Psychiatry*, 11, 93-99.

Van Leer, B. Foundation. (2000). Resiliencia en programas de Desarrollo infantil Temprano. Perú.

Vázquez, C. & Hervas, G. (2009). Psicología positiva aplicada. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer. España.

Vinson, A.J. (2002). Children with Asthma: initial developmen of child resilience model. *Pediatric Nursing. Academic Research library*: 28 (2): 149-158.

Vinaccia, S. y Quiceno, J.M. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC. *Terapia Psicológica*, 29(1), 65-75.

Waters, E. y Sroufe, L. A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 59, n.1, pp. 72-81.