



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud Mental  
Positiva en Practicantes Pre-Profesionales de Psicología,  
Trujillo

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**

Mg. Aguilar Armas, Haydee Mercedes

**ASESORA:**

Dra. Araujo Robles, Elizabeth Dany

**SECCIÓN:**

Humanidades

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

**PERÚ - 2016**

---

**Dr. Yengle Ruíz Carlos Alberto**  
**Presidente**

---

**Dr. Abanto Vélez Walter Iván**  
**Secretario**

---

**Dra. Araujo Robles Elizabeth Danny**  
**Vocal**

## DEDICATORIA

A la eterna presencia de mi padre, que encaminó  
mi vida y sigue guiándome para cumplir con todas  
y cada una de mis metas con espíritu de lucha y amor  
por lo que hago.

A mi mamá, por enseñarme el amor al estudio,  
a ser perseverante, y motivarme cada día a ser mejor  
persona.

A todas las personas que apoyaron en la realización  
de esta investigación, por sus palabras de aliento  
y motivación para no desmayar en el camino.

*Mercedes.*

## AGRADECIMIENTO

A mis padres por esforzarse y preocuparse cada día en darme la mejor educación que cualquier ser humano en el mundo podría tener.

A los Coordinadores de Practicas Pre-profesionales, asesores de internado, colegas y amigos que me permitieron tener acceso a la población en estudio, y me apoyaron con la aplicación del instrumento, sin su apoyo incondicional, el éxito de esta investigación no hubiera sido posible.

A mi hermana Yvonne por apoyarme incondicionalmente y motivarme a continuar a pesar del cansancio.

A la Universidad Cesar Vallejo, mi Alma Mater, que me acogió para formarme como profesional y que hasta ahora me brinda la oportunidad de alcanzar más logros académicos y trasladar estos conocimientos a jóvenes deseosos de hacer el cambio.

Al Mg. César Vásquez Olcese, por impulsarme y convencerme de seguir en carrera a pesar de los obstáculos.

A todas las personas que de un modo u otro han apoyado en la realización de este estudio.

Muchas Gracias.

Mercedes Aguilar Armas

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Haydee Mercedes Aguilar Armas, estudiante de la Escuela profesional de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, sede filial Trujillo; declaro que el trabajo académico titulado “Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en Practicantes Pre-Profesionales de Psicología, Trujillo “.

Presentada, en 105 folios para la obtención del grado académico de Doctor en Psicología es de mi autoría.

Por lo tanto declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 23 de Abril de 2016

---

Aguilar Armas Haydee Mercedes  
DNI: 18211853

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

Presento ante Uds. La Tesis “Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en Practicantes Pre-Profesionales de Psicología, Trujillo”, con la finalidad de determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la ciudad de Trujillo, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Doctor en Psicología. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora

## Índice

<b>Página de jurado</b> .....	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento</b> .....	<b>iv</b>
<b>Declaratoria de autenticidad</b> .....	<b>v</b>
<b>Presentación</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice</b> .....	<b>vii</b>
<b>Índice de tablas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Índice de gráficos</b> .....	<b>ix</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>x</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>xi</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>12</b>
1.1. Problema.....	37
1.2. Objetivos.....	40
1.2.1. Objetivo General.....	40
1.2.2. Objetivos específicos.....	40
<b>II. Marco Metodológico</b> .....	<b>41</b>
2.1. Variable.....	41
a) Definición conceptual.....	41
2.2. Operacionalización de variables.....	41
2.3. Metodología.....	44
2.4. Tipo de estudio.....	44
2.5. Diseño de investigación.....	44
2.6. Población, muestra y muestreo.....	44
2.6.1. Población.....	44
2.6.2. Muestra.....	45
2.6.3. Muestreo.....	47
2.6.4. Criterios de selección.....	47
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	47
2.7.1. Técnicas.....	47
2.7.2. Instrumento.....	48
2.8. Método de análisis de datos.....	52
2.9. Aspectos éticos.....	53
<b>III. Resultados</b> .....	<b>54</b>
3.1. Validez.....	54
3.1.1. Validez de contenido.....	54
3.1.2. Validez de constructo.....	56
A) Análisis de ítems.....	56
B) Análisis Factorial.....	62
C) Validez convergente.....	67
3.2. Confiabilidad.....	68
3.2.1. Confiabilidad por Consistencia Interna.....	68
3.2.2. Confiabilidad por Estabilidad.....	69
3.3. Normas.....	72
3.4. Descriptivo.....	74
3.4.1. Salud Mental Positiva.....	74
<b>IV. Discusión</b> .....	<b>76</b>
<b>V. Conclusiones</b> .....	<b>85</b>
<b>VI. Recomendaciones</b> .....	<b>86</b>
<b>VII. Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>88</b>
Anexos.....	96
Anexo 1: Protocolo del Instrumento original.....	97

Anexo 2:Protocolo del instrumento adaptado.....	101
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	102
Anexo 4: Escala de valoración de Alfa de Cronbach, según De Vellis (1991).....	102
Anexo 5:Valores Computados para el Índice de Acuerdo y la V de Aiken, según Ecurra (1988).....	103
Anexo 6: Escala de Valoración de Coeficientes de Correlación, según Hernandez (2003).....	104
Anexo 7: Escala de Valoración del Nivel de Discriminación, según Elosua (2005).....	105

### Índice de Tablas

Tabla 1: Tabla de Operacionalización de variables	42
Tabla 2: Distribución de internos de las Escuelas de Psicología, según Universidad a la que pertenecen y ciclo de estudios, en el distrito de Trujillo, durante el semestre académico 2015-II	45
Tabla 3: Coeficiente de Aíken para validez de contenido en claridad y relevancia de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	54
Tabla 4: Coeficiente de Aíken para validez de contenido en coherencia de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	55
Tabla 5: Correlación ítem test corregido en la escala Satisfacción Personal de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	56
Tabla 6: Correlación ítem test corregido en la escala Actitud Prosocial de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	57
Tabla 7: Correlación ítem test corregido en la escala Autocontrol de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	58
Tabla 8: Correlación ítem test corregido en la escala Autonomía de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	59
Tabla 9: Correlación ítem test corregido en la escala Resolución de problemas y Autoactualización de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	60
Tabla 10: Correlación ítem test corregido en la escala Habilidades de Relación interpersonal de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	61
Tabla 11: Prueba de Bondad de Ajuste en el análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	62
Tabla 12: Cargas factoriales de los ítems los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	63
Tabla 13: Varianzas Explicadas de los ítems de los Factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	64
Tabla 14: Cargas factoriales de los ítems los factores con Aplcacion de Analisis Factorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	65
Tabla 15: Porcentaje de varianza explicada por las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, según análisis factorial confirmatorio en practicantes pre-profesionales de Psicología	66
Tabla 16: Correlación de las puntuaciones en las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, con el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Laboral en practicantes pre-profesionales de Psicología	67
Tabla 17: Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	68
Tabla 18: Coeficiente de Confiabilidad test Re-test del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	69

Tabla 19: Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones en el Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	70
Tabla 20: Comparación de promedios en el Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	71
Tabla 21: Normas en percentiles del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	72
Tabla 22: Puntos de Corte en la puntuación directa en el Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	73
Tabla 23: Estadísticos descriptivos y nivel de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	74

### **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Perfil de la puntuación media de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología	75
---	----

## RESUMEN

Se determinó las Propiedades Psicométricas de Cuestionario de Salud Mental Positiva. El diseño fue Tecnológico-psicométrico. En una muestra tipo censal ( $n=403$ ) de universitarios practicantes pre-profesionales de psicología. Los resultados revelan Índices de acuerdo entre el 80% y 100% en: relevancia, claridad y coherencia con el constructo teórico; validez de constructo Ítem-test corregido con correlaciones muy significativas ( $p<.01$ ) con sus respectivas escalas y con el test global, muy buenos niveles de discriminación (.329 y .768), el análisis factorial confirmatorio establece buena coherencia con la estructura de cinco factores, presentando bondad de ajuste buena (.860 a .980), diferencias altamente significativas ( $p<.01$ ) entre los ítems y las respectivas escalas. Además validez congruente entre el cuestionario y la Escala de Bienestar Psicológico, encontrando correlación muy significativa ( $p<.01$ ) con las escalas de Bienestar Subjetivo y Bienestar Laboral. La consistencia interna es elevada (.910); una confiabilidad muy buena (escala total) y respetable en las escalas. La estabilidad del Cuestionario, establece alta significancia ( $p<.01$ ) del test total y escalas. Asimismo se elaboraron los baremos Percentilares generales, con niveles y puntos de corte, y perfil en la población, encontrando niveles promedio.

*Palabras Clave:* Salud Mental Positiva, Propiedades psicométricas, validez, confiabilidad, baremos.

## ABSTRACT

The Psychometric Properties of Positive Mental Health Questionnaire was determined, with a psychometric – technological design, in a census type sample (n = 403) of university pre – professional practitioners of psychology. Results give according indices, high in: relevance, clarity and coherence with the theoretical construct; construct item – test, validity corrected with highly significant correlations ( $p < .01$ ), with its respective scales and the global test. Factorial confirmatory analyze, with very good levels of discrimination (.329 y.768), good adjustment with kindness (.860 a .980), highly significant differences ( $p < .01$ ) with items and respective scales. Also congruent validity between the questionnaire and the psychological wellness scale, finding a highly significant correlation ( $p < .01$ ) with subjective wellness scales and the labor welfare. The internal consistency is high (.910), a very good and respectable reliability in scales. The questionnaire stability, establishes high significance ( $p < .01$ ) of the total test and the scales. The general percentile scales elaborated, with levels and cut points, and profile in the population, finding average levels.

Keywords: Positive Mental Health, Psychometric Properties, Validity, Reliability and Scale

## I. INTRODUCCIÓN

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud calculó que 450 millones de personas en el mundo padecerían de algún trastorno mental que les generaría sufrimiento e incapacidad y, 121 a 150 millones de ellas tendrían depresión (Medina-Mora, Borges & Lara, 2003). En el Perú desde 1997 hasta 2002, la demanda de atención de los problemas de salud mental muestra como principal trastorno a la depresión, la que ha aumentado a 51,846 atenciones en sólo cinco años (Instituto Nacional de Salud Mental INS, 2002).

El Estudio Nacional de Carga de Enfermedad realizado por el Ministerio de Salud (Velásquez, Cachay, Munayco, Poquioma, Espinoza & Seclén, 2009) informa que las enfermedades neurológicas que comparten un aspecto psiquiátrico, dentro de ellas la depresión unipolar, es la causa directa o primaria de enfermedad y es responsable de la pérdida de 993,029 años de vida saludables. El porcentaje de enfermedades psiquiátricas se mantiene al nivel de los países desarrollados, además de presumir que la situación seguirá in crescendo.

Asimismo, se observa que solo el 24.5 por ciento de población Limeña que admite haber padecido problemas de salud mental, ha accedido a servicios sanitarios (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002), en el caso de la sierra y la selva este porcentaje es significativamente menor con 13,9% y 14,3% respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2003, 2004; citado por Velásquez, 2007).

Frecuentemente las investigaciones se han concentrado en la detección del cuadro usando el lenguaje clínico oficial, lo que ha permitido avances sólo en el tratamiento más no en la promoción (Lluch, 2004).

La salud mental como constructo no tiene una definición directa, es un concepto amplio y se relaciona comúnmente con el bienestar psicológico como parte del bienestar global. Está relacionada con temas como la satisfacción con la calidad de vida, el mantener una adecuada moral y autoestima y mantiene una integración global del individuo.

Además considera los puntos de vista fisiológicos y psicosociales de manera ecléctica; es así que el concepto de salud mental debe estar ligado íntimamente a la concepción de salud general (Caplan, 1993; Lluch, 2004).

Teniendo en cuenta este contexto, Lluch (1999) es quién propone la primera escala para poder determinar la medición de la salud mental positiva. Realizando una investigación denominada "Construcción de una escala para evaluar salud mental positiva", realiza como parte de ella el análisis estadístico de los 6 factores encontrados, en donde el análisis factorial acepta todos los ítems, ya que estos alcanzan una saturación igual o superior a .40.

Asimismo, se observa que todos los factores correlacionan con la escala global, con valores estadísticamente significativos ( $p > .05$ ). En cuanto a describir los más altos resultados, se obtiene que el factor 1: "satisfacción personal" es quien obtiene un alfa de Cronbach de .83, siendo la correlación test – retest de .79. En el sentido antagónico, el factor con el puntaje menos satisfactorio es el factor 2: "actitud prosocial", alcanzando una consistencia interna de .58. En cuanto a la correlación test – retest, alcanzan una correlación baja de .60, sin dejar de ser estadísticamente significativa.

Si bien Llach (1999) argumenta el hecho de que el modelo aún se debería someter a revisión, existen estudios realizados en otra lengua, que demuestran que puede estar listo para considerarse un modelo como tal. En este sentido, Ajit, Subramaniam, Ann, Abdin, Orlando, Louisa, Wei, Yen, Yiang, YS & Sherbourne (2011), realizan una investigación que estudia el instrumento de salud mental positiva, desarrollándolo y validándolo en una población asiática multiétnica, en donde se obtiene una coeficiente de inter correlación entre las seis escalas, demostrando estar completamente correlacionadas con la escala general, oscilando entre .65 a .81. Asimismo, en cuanto a su consistencia interna, el factor denominado "Emotional support" arroja un índice de .89, al igual que el factor de "general coping" y el factor "General Affect". En cuanto al factor "Spirituality" alcanza un valor de .94 y el factor "Personal Growth & Autonomy" alcanza una consistencia interna de .93. De acuerdo a ello, los autores concluyen que es un instrumento que se puede adaptar al uso de la población para la cual fue construida.

Asimismo, Albarca, Lleixá, Llach, Roldán, Salvador, Sarrió, Bofill y Adell (2014), realizaron por su parte un estudio dedicado a mejorar el autocuidado y la salud mental positiva de cuidadoras de personas con esquizofrenia. En este sentido, como un paso para el objetivo, realizaron una inter correlación entre los factores del instrumento CSM+, en donde se observa que la correlación del Factor uno correlaciona con el factor 3 ( $p = .018$ ), 4 ( $p = .000$ ) y 5 ( $p = .008$ ). El factor 3 de autocontrol correlaciona con el factor 1 ( $p = .018$ ), 3 ( $p = .015$ ), y 5 ( $p = .020$ ). En cuanto al factor 4 de autonomía, correlaciona con factor 1 ( $P = .000$ ), 3 ( $p = .015$ ), 5 ( $p = .020$ ). El factor 5 correlaciona con factor 1 ( $P = .008$ ), 3 ( $p = .006$ ), 4 ( $p = .020$ ) y 6 ( $p = .027$ ). Finalmente el factor 6 que refiere las habilidades de relación interpersonal tiene una correlación con el factor 5 ( $p = .027$ )

Martínez, Pando, Graciela, González, Aldrete, López (2014), realizaron una investigación en trabajadores del sector Salud de Michoacán, México; en donde tuvieron como objetivo determinar la validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. En este sentido, encontraron que de los 39 reactivos analizados, 11 expresaron un valor que fue superior a

.4 en el factor 1; mientras que a su vez, 12 reactivos no tuvieron ningún valor superior a .40. Finalmente, en cuanto a su confiabilidad, los autores creyeron conveniente realizar el proceso utilizando el coeficiente de correlación de Pearson entre cada reactivo, el valor mínimo de correlaciones sin corregir obtenido fue de .21 y corregidas .13. El punto de corte para considerar significativa la correlación con  $p > .05$  fue de .176.

Además, Anicama, Caballero, Cirilo, Aguirre, Briceño & Tomás (2012), mediante un estudio descriptivo de correlación estudiaron Autoeficacia y Salud mental positiva en 250 estudiantes de psicología de ambos sexos de una universidad pública de Lima y, utilizando la Escala de Salud Mental Positiva de Lluich reportan una correlación moderada entre la autoeficacia y la salud mental positiva ( $p < 0.01$ ), así como entre autocontrol con autoeficacia ( $p < 0.001$ ) y, resolución de dificultades y auto actualización con autoeficacia ( $p < 0.001$ ); así también concluyen que, en salud mental positiva hay diferencias por edad y año de estudios en algunas dimensiones: satisfacción personal ( $p < .001$ ), autocontrol ( $p < .001$ ) y autonomía ( $p < .001$ ). El estudio realizado reporta correlaciones altamente significativas entre factores, lo cual evidencia un grado aceptable de asociación entre variables.

De la misma manera, en el aspecto psicométrico, los autores procedieron a determinar la validez tanto de criterio, constructo y contenido, estableciendo también su confiabilidad. Para tal fin, elaboraron una aplicación en grupos de máximo 10 sujetos, siendo en algunos casos, aplicados individualmente con el permiso de las autoridades respectivas. Tras esta aplicación, se denota que el puntaje realizado a través del test – retest arroja una puntuación alta, siendo de la siguiente manera: Factor 1 (Satisfacción personal), .79; Factor 2 (Actitud Prosocial), .60; Factor 3 (Autocontrol), .72; Factor 4 (Autonomía), .77; Factor 5 (Resolución de dificultades y autoactualización), .77; Factor 6 (Habilidades de relación interpersonal), .72 y finalmente la escala global, con un índice de correlación de .85. Así también, los autores creyeron conveniente realizar el coeficiente de Alfa de Cronbach, en donde los valores fueron mayores o iguales a .70, a excepción del factor prosocial que obtuvo un puntaje menor.

Por otro lado, Mendo (2014), en un estudio descriptivo La Salud Mental Positiva en estudiantes de primer y noveno ciclo de la carrera de enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo, la muestra estuvo conformada por dos grupos de 67 estudiantes cada grupo, se les aplicó la Escala de Salud Mental positiva, encontrando diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ); además se determinaron las propiedades psicométricas,

observándose que los índices de correlación ítem- test para la validez de constructo obtiene coeficientes mayores o iguales a 0.20, siendo significativa (\* $p < .05$ ); y una confiabilidad por consistencia interna de la escala global de .908, reportando por escalas los coeficientes 0,694 para Satisfacción personal, 0,405 para actitud prosocial, 0,759 para autocontrol, 0,745 para autonomía , 0,827 y 0,691 para resolución de dificultades y autoactualización y habilidades de relación interpersonales respectivamente. Y en relación a los niveles de salud mental alcanzados por la población, el 47,8 % de alumnos de 9no ciclo alcanzaron un nivel medio; y según factor en 9no ciclo todos se ubicaron a nivel medio de la siguiente manera: Satisfacción personal 41,8%, Actitud Prosocial 40,3%, Autocontrol 58,2%, Autonomía 52,2%, Resolución de problemas y autoactualización 50,8% y Habilidades de relación interpersonal 46,8%.

A pesar de la relevancia descrita del constructo, es factible observar que los estudios realizados centran su trabajo en su gran mayoría en aplicar investigaciones de corte descriptivo correlacional, utilizando la escala original de Salud Mental Positiva de Lluich, encontrando leves diferencias entre los resultados por sexo, al analizar por dimensiones, resalta la presencia de indicadores en mayor escala de los factores autocontrol y habilidades de relaciones personales y satisfacción personal, para sus respectivas muestras. Además al complementar los estudios, Navarro (2008), reporta las características de la salud mental positiva en estudiantes universitarios, en un estudio descriptivo con una muestra de 941 estudiantes de medicina de ambos géneros, del segundo al noveno ciclo de la universidad Libre de Barranquilla Colombia, para ello utilizó la escala de Salud Mental de Lluich y encontró que los participantes del estudio muestran alcances de salud mental positiva, indicando también presencia significativa de los indicadores de autocontrol y habilidades interpersonales. Los demás rasgos se ponen de manifiesto también pero con presencia disminuida, encontrando puntaje eminentemente bajo en cada uno de los factores. Del mismo modo presenta leves diferencias entre la salud mental positiva de hombres y mujeres; los hombres presentaron mayores fortalezas en los factores directamente relacionados al ámbito social y consecuentemente con el logro de objetivos comunes: Actitud pro social y habilidades de relación interpersonal. Las mujeres presentan mayores fortalezas en los criterios mayormente relacionados con el logro de objetivos individuales: Satisfacción personal, autocontrol, autonomía y resolución de problemas y auto actualización.

Jaik, Villanueva y Tena (2011) en un estudio descriptivo correlacional, de diseño de corte no experimental y transversal, estudiaron la relación entre el Burnout y Salud Mental Positiva en 36 docentes de 13 programas de postgrado de la universidad de Durango; para examinar la salud mental positiva tomaron como base la escala reportada por Lluich en 1999 (ESMP). La confiabilidad de los instrumentos lo analizaron con el programa estadístico SPSS (versión 17) y obtuvieron mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach un índice de confiabilidad para el Burnout de .86 y para la salud mental positiva de .80. Entre los resultados destaca un nivel de Burnout leve y una salud mental positiva buena. Así mismo, se señala un tipo de correlación inversa entre las variables, entre mayores niveles de salud mental positiva, menores niveles de Burnout.

Medina, Irida, Martínez & Cardona (2011) en un estudio descriptivo correlacional investigaron las características de la salud mental positiva en 78 estudiantes de psicología de una universidad privada de la ciudad de Armenia – Quindío en Colombia; utilizando la escala de salud mental positiva de Lluich, encontraron que el 9% obtuvo puntuaciones medias y el 91% puntuaciones altas de salud mental positiva. Al analizar las diferentes subescalas hallaron que satisfacción personal obtuvo las mayores cifras, pues la media se ubicó en 3,67; la mediana estuvo en 3,71 y la moda en 3,78; en autocontrol se encontraron las menores cifras, pues la media fue de 2,92; la moda de 2,76 y la mediana de 2,87. La desviación estándar de esta subescala fue la más altas de todas: 0.53. Las subescalas resolución de problemas y auto actualización, habilidades para relaciones interpersonales y autonomía tuvieron medias similares: 3,40; 3,34 y 3,33. Actitud pro social fue otra de las subescalas con puntuación alta, indicando una media de 3,58.

Teniendo en cuenta las investigaciones preliminares, este estudio se fundamenta teóricamente siguiendo las propuestas conceptuales iniciales de Salud Mental, es así que ésta se conceptualiza en función a diversas áreas de la vida de los seres humanos; respecto a ello Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), deja de lado el paradigma en donde era suficiente no tener ninguna enfermedad, si no que implica algo más allá. En otras palabras, un paradigma nuevo acerca de bienestar en sus distintos niveles (mental, físico y social). Este concepto que denota íntegra conceptualización en lo constituyente al ser humano, ya que contempla y vuelve a rescatar la esencia social del ser humano. Este nuevo paradigma es apoyado y ejemplificado de la mejor manera por Rodríguez (citado por Lluich, 2004) que pone de manifiesto el caso de las personas con distintas discapacidades,

destacando entre ellas un posible trastorno de desarrollo, en donde a pesar de ello se han podido desarrollar con pleno bienestar a nivel psico – afectivo.

De la misma manera, es conveniente saber que el término de salud mental – en tanto se explican los cambios a través del tiempo – no es reciente. Desde el siglo V a.C. en los griegos proliferaron a través de la teoría humoralista, las manifestaciones mentales, de lo cual se afirmaba que la salud mental representaba el equilibrio entre los cuatro humores o fluidos, siendo estas dos clases de bilis (negra y amarilla) además de la flema y la sangre. Esto conlleva a que la concepción de salud mental radique más en una interpretación eminentemente corporal, siendo aún no tan diferenciada la enfermedad física de la mental (Salaverry, 2012). Por otro lado, en cuanto a la concepción religiosa, se sabe que mantenía una imagen de “locura” como resultado o efecto del castigo de un ente divino, el cual - dado el contexto – era un Dios de Israel. De la misma manera se puede mencionar a Galeno, que fue el personaje que “localizó” lo denominado alma racional en el cerebro. Pasando de ello, en la etapa del medioevo se consideró a las enfermedades mentales como un resultado o reflejo de estigmas de índole demoniaca o una posesión de un ente maligno. En este sentido, es de saber común que la inquisición – o llamada “santa inquisición” – era el principal ente que se auto adjudicó el oficio de persecutor de sujetos que padecían de algún trastorno mental. Luego de esta época, se tiene vigencia del pensamiento de Descartes, quién ligó la definición inmaterial a una estructura anatómica material. (Secretaría de Salud de México, 2012)

Por otro lado, si nos centramos en los orígenes de la salud mental propiamente aquella, aquella acepción empezó con el término *higiene mental*, donde Clifford Beers con su experiencia en hospitales fue el precursor del movimiento de higiene mental, dedicándose a elaborar mejoras en el proceso atencional/asistencial a las personas que padecían trastornos mentales; luego de ello, en 1909 se formó el Comité Nacional de Higiene Mundial y poco tiempo después en 1924 se creó el Comité Internacional de Higiene Mental, que posteriormente fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental, de ello; en 1937 el Comité Nacional de Higiene Mundial estableció llegar a sus metas buscando establecer un proceso de diagnóstico acorde, además de una adecuada hospitalización, produciendo estímulos como la comprensión y el apoyo en los pacientes, difundiendo la personalización en la atención psicológica al pacientes hospitalizado, generando como esto los términos de sadllu (Bertolote, 2008).

Posteriormente, se tomó la traducción de higiene mental como *mental health*, que hasta ahora se toma en cuenta en muchas publicaciones de la OMS. Ya en 1994 esta misma organización toma a la salud mental como un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad como se menciona líneas arriba (OMS, citado en Bertolote, 2008). Cabe mencionar que a pesar de que la definición contempla distintas áreas de la salud mental, se pretende mejorar para una mejor construcción en cuanto a su conceptualización.

Es factible considerar además diversas posturas para definir la Salud Mental:

En primera instancia, dentro de la postura negativa, se toma como partida al punto de partida al hecho de tomar a la salud mental como ausencia de enfermedad (Lluch, 1999). Parte de ello es que se afirma lo que se viene mencionando como teoría desfasada, en lo que se entiende a el ser humano sana mentalmente, como aquella que no tiene desórdenes mentales diagnosticables, en otras palabras, que no manifiesten signos o síntomas que indiquen una psicopatología o una personalidad patológica, como resultado si esta persona tiene una conducta adaptada que no muestre patología se le contempla sana (Rodríguez, citado por Lluch, 2004). Es así que muchas áreas de la psicología se ha centrado más en la reducción del sufrimiento y de la carencia que en el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (Vázquez; citado en Vázquez; Hervás, Rahona y Gómez, 2009), lo cual se contrapone en lo manifestado y estudiado en la presente estudio, ya que el instrumento de salud mental positiva evalúa el rango de desarrollo positivo del ser humano en cuanto a su campo de bienestar psicológico.

En este sentido, la vertiente de la óptica positiva adopta a la salud mental desde un criterio más íntegro, pues la toma como algo más que sólo ausencia de enfermedad (Luch, 1999). Puesto que, resalta el aspecto positivo del ser humano tales como sus fortalezas y las emociones positivas (Vázquez y Hervás, 2008). Teniendo en cuenta que la óptica de normalidad, como característica humana siempre será compartida por la mayoría de personas, siendo lo anormal lo que la minoría posee. De la misma manera, la definición de salud mental en su constitución es muchas veces percibida como lo socialmente aceptado (Díaz, 1999). Dentro de esta óptica existen distintas maneras de apreciar a la salud mental (Luch, 1999), dentro de ello tenemos a:

- La Normalidad como promedio, que contempla el Criterio estadístico; que comparte un marco de referencia cuantitativo, enmarcando a la conducta en base a puntuaciones en pruebas psicológicas, las cuales poseen un rango promedio, y de acuerdo a la puntuación alcanzada por el sujeto se analiza si es normal o adecuado o anormal; donde lo anormal sería lo poco frecuente y lo normal o adecuado lo que está dentro del promedio o lo común, tal y como se evidencia en la definición estadístico aportado por la curva de Gauss, en donde la regla primordial es saber que los datos (en este caso datos de ciencias sociales) se encuentren dentro de la abertura más grande de la curva, sería la norma que defina el funcionamiento adecuado de la realidad (Flores y Díaz, 2000). Puesto que, se percibe a el ser humano normal o adecuado a aquella que no se debía significativamente del promedio de rasgos o conductas comunes de una población general, en otras palabras, de los patrones de comportamiento comunes de las personas en un contexto determinado (Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero, 2009).
- Por otro lado, existe también el criterio sociocultural; adopta a la normalidad como un aspecto relativo de acuerdo a cada sociedad, manteniéndose en función de un determinado contexto y de acuerdo a los valores de la cultura (Flores y Díaz, 2000). La definición aportado por los autores citados se alejaría drásticamente de la definición propuesta en base cuantitativa. Esto es en suma, un proceso continuo de antagonismo entre la subjetividad y la objetividad, entre la interpretación de los datos y los procesos científicos que a pesar de conservar un margen de error, se contemplan como verdaderos al basarse y conducirse en sus protocolos por normas aceptadas en lo propuesto por la metodología científica. Lo cual según afirmarían los autores, sería prácticamente un consenso en donde se acuerdan las definiciones por medio de las interacciones de cada uno de los miembros de la sociedad.
- Además, la normalidad clínica, que contempla a la normalidad como la extensión de la funcionalidad de la conducta del ser humano dentro de un contexto social, siendo lo normal o adecuado lo funcional y lo anormal lo disfunción o la conducta desadaptada, manifestándose como estados que no coexisten en un mismo contexto o espacio (Flores y Díaz, 2000).
- También se encuentra la Perspectiva de Normalidad Utópica. Aquella óptica es un aporte que tiene una expresión más idealista de la salud mental, contemplando que la normalidad es un estado mental positivo, de funcionamiento individual y social afectivo, y no sólo ausencia de enfermedad mental (Flores y Díaz, 2000). De la misma manera, contempla a la salud mental normal o adecuado como la mezcla armoniosa y perfecta

de los procesos psicológicos que tendría como resultado un estado inalcanzable, por lo cual se llama utópico (Sánchez, 2013).

- La óptica de normalidad como proceso contempla que el ser humano dentro de la capacidad de la adaptación (Luch, 1999), entonces esta óptica contempla a la normalidad dentro de un proceso de desarrollo continuo, donde hay la interacción persona – entorno; donde la meta es la autorrealización, puesto que no sólo contempla el momento actual, sino también a los acontecimientos a lo largo de la vida (Ramshorn; citado en Luch, 1999). Donde el sujeto normal o adecuado debe ser capaz de manejar los distintos periodos de su vida de acuerdo a lo que se espera para cada etapa del ciclo vital (Sánchez, 2013).
- En el marco de referencia legal como enfoque per sé, se encuentra la explicación de la anormalidad, puesto que la definición se planteó tomando como punto de partida la normatividad jurídica que implica un conjunto de leyes expuestas, con el objetivo de ocupar toda necesidad de conceptualizar de manera consensuada (que es la única manera de poder definir democráticamente las leyes sobre las cuales ejercerá el funcionamiento de la sociedad), el trastorno mental, sobre todo en las cosas donde en la Corte se realizaban juicios a criminales (Flores y Díaz, 2000). En este caso, se tiene que adaptar con las normas sociales (Mebarak et al., 2009).

La normalidad tal y como se expone pueda llegar a ser explicada desde diversos puntos de vista, ya que estos no son excluyentes ni antagónicos en esencia, tal como menciona Belloch, Sandin y Ramos (2008): “no hay ningún criterio que, por sí mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica” (p. 40), en este sentido, siempre existirán definiciones de distintas vertientes.

Partiendo del hecho entonces que habrán distintas posturas para describir el fenómeno o estado de la salud mental, Pacheco (citado en Mebarak, et al., 2009), caracteriza a las personas normales según estos rasgos: en primera instancia, están satisfechos consigo mismos, se sienten bien con los demás, y que son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta; tomando con aceptación las responsabilidades ante las dificultades que se presentan a lo largo del camino, adaptándose a su entorno y planificando su futuro de manera que puedan sentirse autodesarrollados en sí mismos.

En este sentido, es de vital importancia afirmar que no existe un límite concreto entre la prevención y la promoción de la salud: ¿cuál es la línea que los separa? Desde una óptica comunitaria, casi todas las clases de intervención son prevención: prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria. Como indican Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997):

“El discurso teórico de algunos aspectos de la teoría y práctica de la prevención parece cada vez más confuso. Por ejemplo, es factible mencionar la confusión teórica acerca de la noción de peligro o el formular cuatro clases de prevención (prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria). Esta introducción trivial y sin ninguna utilidad práctica de estos conceptos no aporta más que confusión, ambigüedad e imprecisión terminológica” (p. 62).

De esta manera, se puede englobar la promoción dentro de la definición de prevención primaria que se conceptualiza como: el conjunto de acciones dirigidas a promover la salud mental y a reducir la frecuencia de trastornos en la población, actuando anticipadamente sobre las causas y circunstancias que producen o favorecen dichos trastornos (Cabrero, 1998; Caplan 1985, 1993; Costa, 1994; Fernández y Nicemboim, 1998).

Sin embargo, es considerable el hecho que integrar ambos términos en un concepto general puede desarrollar confusión en la terminología misma. Por tanto, es evidente que en un sentido amplio, la prevención como concepto se encuentra de manera tácita y obvia en cada uno de los niveles de intervención, de la misma manera, en el momento que se trabaja en rehabilitación la meta es prevenir una mayor disfuncionalidad, así como reducir el deterioro. Lo planteado por Cabrero (1998), Sin embargo, puede conllevar a inferir que en todos los niveles se hace un tipo de promoción.

Sobre las ideas expuestas, quizás resulta más adecuado conservar la óptica con la que se ha venido trabajando en cuanto a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Realizar labor de prevención y promocionar el servicio son temas distintos que, en muchas oportunidades se han visto trabajando de la mano con distintas maneras e progresar. Por tanto es válido afirmar que, la meta de la prevención es controlar el flujo de las enfermedades la enfermedades y la promoción conlleva una óptica más orientada a lo positivo de entrenar recursos con el fin de potenciar la salud en la población que goza ya de la misma (Turabian, 1992).

Asimismo, se puede afirmar entonces que la salud mental está influenciada no solo por factores internos del ser humano – siendo alguno de ellos el factor herencia y la capacidad de salir adelante frente a adversidades - sino también de manera muy vital por el contexto que lo rodea. Los menores de edad mantienen el riesgo de ser influenciados por su entorno, ya que cuentan con pocas habilidades que se adquieren a través del tiempo, careciendo también de la capacidad para cambiarlo. Asimismo, la propia secuencia de desarrollo implica un aumento en la plasticidad y como efecto de todo ello, mayor capacidad de adaptación y umbral de recepción para ser influenciado por él.

Un contexto cercano que promueve la salud mental es aquel que brinda sensación de sentirse seguros, respeto y amor para que los jóvenes desarrollen un autoconcepto positivo de sí mismos y un trato parecido con los demás; la capacidad de mantenerse estable suficiente con el fin de que sepan lo que es esperable de su contexto; resultados claros, consistentes y apropiadas de sus acciones, y, finalmente, chance de crecer en el proceso de autorrealización.

En consecuencia de esto, se puede admitir que la salud mental está en una situación de riesgo al momento en que la población infantil y adolescente se rodean de una situación de precariedad y pobreza, teniendo responsabilidades adultas que van más allá de su etapa de desarrollo, viviendo momentos continuos de violencia en sus hogares, así como la falta de oportunidades para ser educados, o incluso teniendo familias caóticas y sin reglas claras, es aquí donde los responsables de la salud mental deben prevenir para que no acarree estas resultados.

El tema de la factibilidad en cuanto a la prevención de los trastornos mentales está aún sujeto a un gran debate. Existen autores que sugieren que para avanzar en la prevención primaria de los trastornos se necesita mayor énfasis en la población, así como estudios que permitan la identificación de los factores de peligro, sugiriendo modos económico de poder intervenir, así como un afinamiento de los procesos y protocolos estandarizados de evaluación en las intervenciones y un mejor aprovechamiento de las formas de movilizar a las población en sí misma.

Se puede afirmar también que existen dos “paradigmas” que brindan una suerte de organización: el paradigma categorial, sustentado en criterios opuestos y cuyas entidades son de tipo discreto; y el paradigma dimensional, que versa sobre bases de interrelación y permanencia. La investigación propone distintos tipos de ventajas y desventajas en cada

una de las vertientes (Lemos, 1995; Mezzich y Roca, 1992; Rojo, 1997; Sadock y Kaplan, 1997).

En cuanto a las ventajas de la clasificación categorial se encuentra el hecho de facilitar la comunicación entre los responsables, integrando de esta manera el lenguaje, además de ser fácil de recordar, se adapta a las peticiones de índole organizacional o institucional, facilitando la construcción de estudios de diferente diseño realizando también estudios epidemiológicos, formando parte de las múltiples características alarmantes que el individuo puede llenar.

Por otra parte, entre las desventajas se encuentra que pueden apoyar en la conservación de la concepción que los trastornos psicológicos son entidades discretas o perennes de por sí, siendo que al momento de la confrontación ante la realidad, en la mayoría de casos, las estructuras categóricas son mayormente sistemas para esquematizar las observaciones realizadas. Asimismo, entre las ventajas están ciertamente el planteamiento de la duda respecto a las categorías y su naturalidad en sí mismas, o su constitución por derivación empírica, corriendo el peligro de imponer los datos obtenidos a una estructura que mantiene incierta su existencia. Asimismo, la necesidad de que las categorizaciones mantengan una limitada cantidad de características, aumenta de manera constante la probabilidad de perder vasta información. Así también como última desventaja, se pone de evidencia que el número y la diversidad de estas categorías tiende a ser inferior al de las diferencias individuales que se observan en la vida cotidiana.

Es así como las ideas expuestas anteriormente mencionan las ventajas y desventajas del modelo categorial. Por otra parte, en la clasificación dimensional, se encontrará también distintas ventajas y desventajas. Entre las ventajas se encuentra el hecho de que el modelo permite interpretar la rama de psicopatología y normalidad como partes extremas de un continuum y no como fenómenos disociados o aislados. Asimismo, genera también una mínima pérdida de información, pudiendo elaborarse una mezcla de diversos atributos multifactoriales, utilizando técnicas como análisis factoriales y otras pruebas estadísticas. Otra de las ventajas es que aportan mucha más información de tinte clínico porque consideran y contemplan atributos que pueden estar bajo el umbral en un contexto categorial; de la misma manera, permiten la detección más eficaz de los individuos, ya sea que estos sean de manera natural o como producto de un tratamiento. Finalmente, permiten una mejor descripción – en base a todas las ventajas mencionadas anteriormente – de los casos atípicos. Por otra parte, entre las desventajas se destaca que el marco de

referencia puede llegar a ser difícil en cuanto a la aceptación de la continuidad entre salud y enfermedad. Asimismo, debido a la menor utilización de los trastornos, estos se vuelven mucho más difíciles de aprender y diferenciar. Debido también a esto, se vuelve una tarea titánica la determinación del número de dimensiones necesarias en cuanto a las dificultades psicológicas. De acuerdo a ello, se puede caer en la descripción de esquemas muy complejos o reduccionistas. Finalmente, su poca delimitación resulta de poca utilidad en la práctica clínica ya que se encuentran delimitados de una manera muy escasa.

Sin embargo, a pesar de los antagonismos y de las ventajas y desventajas, es verificable que las dos clases de clasificaciones se complementan entre sí. En este sentido, actualmente se introducen sistemas multiaxiales que tienden hacia un modelo de dimensionalidad de la salud-enfermedad. De esta manera, los antecedentes contemporáneos de las tipologías actuales ubican hasta ahora en la obra del psiquiatra Kraepelin (citado por Lluch, 2004), cuya influencia es aún notoria hasta el día de hoy. Sin embargo, en las últimas décadas se han difundido a gran escala las clasificaciones de tipo sintomático y se han abandonado las clasificaciones tradicionales de carácter sindrómico. Desafortunadamente, no se ha podido establecer un sistema que permita una clasificación final, por lo que coexisten dos grandes vertientes de clasificación: el Manual de diagnóstico y estadística de desórdenes mentales, y la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Estos sistemas (DSM y CIE) se han revisado constantemente y modificado periódicamente a través de una reunión anual de una élite que son considerados expertos en el tema. Es por tanto que el DSM está actualmente en su quinta edición y la CIE en la décima.

Es mencionable también que en cada nueva edición de estos manuales de enfermedades mentales, se avanza hacia un paradigma que permita establecer criterios diagnósticos. Vázquez (1990), al respecto, afirma que el DSM es el que ha realizado las acciones más pertinentes para poder acercarse y adaptarse a lo propuesto por el sistema CIE. De hecho, en la actualidad, ambos son bastante complementarios y/o compatibles, ya sea en el tipo de trastornos que recogen o en los criterios que utilizan para clasificarlos y etiquetarlos (Herrán, Sierra y Vázquez, 1999).

Es por tanto que la OMS, en su afán de elaborar una unificación completa, solicita a todos los países que son miembros afiliados que utilicen sistemas diagnósticos congruentes con la clasificación oficial (CIE), considerándose esta como la oficial actualmente, con la meta de elaborar estudios epidemiológicos y recoger datos estadísticos a nivel mundial.

Sin embargo, una de las principales críticas constructivas que se le atribuyen constantemente al sistema de clasificación es la ausencia de un marco teórico y de una base

netamente etiológica que clarifique el avance y la contemplación profunda en el conocimiento de la enfermedad mental (Rojo, 1997; Vallejo, 1998). Aún con lo expuesto, es importante mencionar que estos sistemas clasificatorios oficiales están sometidos también a constantes cambios y revisiones periódicas que, en algunas situaciones, se producen sin el tiempo que necesitan para que los conocimientos se puedan digerir en la población interesada, o terminar de asimilarse en los agremiados y, además, sin que el estudio aporte los datos suficientes para justificar con rigor científico las modificaciones que se realizan. Además, para algunos autores, estos cambios pueden dificultar la comparación entre estudios realizados en distintos periodos.

Por otra parte, un estudio sobre la concordancia entre pacientes diagnosticados de trastorno afectivo según la clasificación CIE-8 (en el año 1993) y según la CIE-10 (en el año 1994), afirma que las diferencias entre ambas taxonomías son mínimas (Kessing, citado por Lluich, 2004). Es también importante afirmar que en este estudio se destacan similitudes y grandes diferencias entre los distintos sistemas mencionados.

En otro ámbito, algunos autores contemplan que existen dificultades en la confiabilidad y la validez de los diagnósticos en cada sistema, debidos a la conceptualización poco clara de algunos criterios y a la proliferación de distintos instrumentos usados para catalogar o clasificar dichas enfermedades. Sin embargo, existen trabajos que permiten una validación de ambos sistemas, que versan sobre su estructura. En este sentido destacan las investigaciones recientes de Sheehan, Lecubrier, Harnett, Janavs, Weiller, Keskiner, Schinka, Knapp, Sheehan y Dunbar (1998) que habla acerca de la apreciación de la psicometría en una entrevista de corte neurológica psiquiátrica, basada a su vez en criterios propuestos por el DSM III - R

En consecuencia, los profesionales que no pertenecen netamente al campo de la salud mental, constituirán un factor clave en la detección inicial y rápida de las distintas dificultades entorno a la salud mental. Asimismo, es probable que se avance también en el descubrimiento de nuevas etiologías de diversos trastornos, lo cual inevitablemente llevaría a reformulaciones – a veces un tanto radicales - en los sistemas categóricos actuales. Por otra parte, resulta también interesante, el hecho de poder aplicar esta categorización en distintos contextos, ya que es inferible que las formas de presentación de los trastornos, van de acuerdo para más, si no, (Marsella y Kameoka, 1991; Thakker y Ward, 1998). Asimismo, se ve conveniente continuar trabajando en la simbiosis de los

paradigmas categoriales y dimensionales de clasificación y en la combinación de los enfoques idiosincrásicos y nomotético.

Ante estas críticas, considerando seriamente la necesidad de un nuevo modelo, es que nace el paradigma de la salud mental positiva, implicando ante ella un cambio en el estado emocional positivo o centrándose en él, cambiando también el modo de pensar, siendo este un modo más compasivo sobre la misma persona, teniendo como proyecciones progresivas de un futuro positivo, y un modo en general de adaptar la realidad e interpretarla de la misma forma. Esto supone también disponer de tales recursos que lleven a afrontar las dificultades considerables para poder llegar a un óptimo desarrollo. Esto, en comparación con el enfoque del déficit, plantea muchas ventajas, o en suma, muchas diferencias en su fenomenología. (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; citado en Vázquez y Hervas, 2009).

Es por tanto que la salud mental se aboca mucho más a la prevención y promoción de la salud, limitando su intervención en el tratamiento y la rehabilitación. En este sentido, se propone como resultado de interacción de factores psicosociales ya que las personas que los mecanismos que facilitan la promoción de cualidades facilitando su máximo desarrollo, está determinado por la satisfacción personal, autocontrol, autonomía, entre otros. (Lluch, 1999).

Jahoda (1958, citado por Lluch, 1999) por su parte, presenta una noción de la salud mental positiva partiendo de distintos criterios, sintetizándola en 6 principios generales, de los cuales se desmenuzan características, dimensiones e indicadores suficientes. Sin embargo, cabe aclarar que la teoría propuesta por la autora, habla de manera completamente teórica, más no práctica, puesto que hasta ahora no cuenta con evidencia empírica que la respalde. A pesar de ello la repercusión que tiene el modelo planteado es vigente y hace siempre eco en las actuales investigaciones que pretenden estudiar el constructo.

Entre los criterios tenemos:

1º “Actitudes hacia sí mismo” el cual habla acerca de la percepción que puede tener la persona sobre sí misma (autoconcepto) además de autoconfianza y/o autodependencia. Los conceptos mencionados mantienen puntos comunes, pero también poseen matices que los separan individualizándolos.

El primer criterio propuesto es Actitudes hacia sí mismo, el cual se refiere a los distintos aspectos del autoconcepto, en donde se pretende remarcar la relevancia de la autopercepción. Es así que las actitudes que la persona se tiene a si misma, se revelan en términos como “Autoaceptación”, “Autoconfianza” y/o “Autodependencia”. Asimismo, si bien estos constructos o variables representan una tendencia parecida, mantienen puntos fuertes en los cuales buscan diferenciarse. Revisando a los teóricos del self, Jahoda (citado por Llach, 1999) propone que las actitudes hacia sí mismo poseen cuatro dimensiones:

- Accesibilidad que que posee el self a la propia consciencia. Ello hace referencia al autoconocimiento, debido a que el autoconcepto abarca valores, deseos, sentimientos etc. Que la persona debe conocer a detalle para ser consciente de ello.

Sin embargo, si se observa con detenimiento, la constante afluencia del self en la consciencia se cataloga mucho más como un mal procesamiento en el funcionamiento de la psique más que un síntoma de buena salud mental. Ergo, la consciencia no domina completamente el autoconcepto o no es definida directamente por él.

Se contempla también como indicador de salud mental positiva, la capacidad de la persona para poder aceptarse a sí mismo, equilibrando sus deseos y proyecciones con la realidad que lo rodea actualmente.

- Asimismo, la autoestima, implica los sentimientos que se encuentran dentro del ser humano. En este sentido, la salud mental implica una aceptación global, con todos los defectos y virtudes, además de las deficiencias de las que se pueda padecer. Es decir, se incluye el afecto por uno mismo a pesar de las cosas de las que la persona pueda no sentirse muy orgulloso o satisfecho. En este sentido, se asume que los defectos son aceptados en tanto que hay potencial para trabajar por el self (sí mismo). Sin embargo, la autora contempla la autoaceptación como los sentimientos hacia uno mismo en su globalidad y no en elementos de manera particular.
- Se parte también del sentido de identidad, concepto que se vincula fuertemente con la autoaceptación, pero que es más considerado como una característica integradora del self. En tal planteamiento, se esclarece que la diferencia vital es que el autoconcepto se enfoca desde un aspecto cognitivo, en cuanto a la autoimagen y aceptación, mientras que el segundo criterio se enfoca y encamina más por el lado del crecimiento o autorealización personal. Ello puede ser entendido en el sentido tanto de ser un principio general de la vida, o como un determinante para establecer la variable de salud mental positiva. Este

último, mantendría dos dimensiones, que implica la motivación por la vida y la implicación en la misma.

2° En el sentido de hablar acerca de autorealización como la motivación por la vida, se habla de una dimensión estrechamente relacionada con la vida. La predisposición de la misma, genera un nivel de tensión que el ser humano vive y experimenta como placentera y estimulante.

Por otra parte, la implicación en la vida, permite que el ser humano a autoactualizado participe de manera activa en los quehaceres cotidianos. En otras palabras, que se mantenga al pendiente no solo de su propia vida y experiencia, sino también de la vida de quienes les rodea como parte de su propia historia de existencia. La persona que mantiene esta implicancia en la vida lo da a conocer a través de su capacidad para evocar respuestas con mucha carga de empatía y amabilidad hacia quienes lo rodean. Es así que por tanto la autora afirma que el ser humano plantea su interés por la sociedad o quienes se encuentran a su alrededor, dejando de centrarse en la satisfacción de sus propias necesidades.

La autora resalta la idea de que el ser humano sano demuestra interés por los otros y no está centrada solamente en satisfacer sus propias necesidades.

3° La integración por su parte, acoge la conceptualización de la inter relación de los procesos que posee el ser. En este punto, autores hablan del criterio como parte del autoconcepto, sin embargo la autora afirma o mantiene la postura de que debe abordarse como una categoría independiente. A saber de ello, la integración estaría siendo compuesta por los distintos puntos de vista como el equilibrio psíquico, la filosofía personal sobre la vida y la resistencia al estrés.

Pasando a explicar cada uno de ellos, se toma al equilibrio psíquico como la forma de interpretar la integración que versa sobre una orientación psicodinámica. En otras palabras, la integración como propuesta para el criterio de salud mental, posee un equilibrio entre las instancias psicológicas planteadas por Freud, que a saber son el ello el yo y el súper yo, cabiendo también la escisión de consciente, preconsciente e inconsciente. Este equilibrio que se sitúa como equilibrio entre distintos sistemas se media a través de la flexibilidad En otras palabras, favorece el predominio de una u otra estructura acorde a los requerimientos de lo que se espera en el ambiente.

Por otra parte, la Resistencia al estrés hace énfasis en el estilo individual de enfrentar las situaciones de la vida diaria que generan distintos tipos de estrés. La conceptualización general de integración debe interpretarse como el prototipo personal de respuesta frente a situaciones de ansiedad y concretarse en aspectos más específicos como resistencia al estrés o en todo caso, como tolerancia a la frustración. Es axiomáticamente demostrable que la ansiedad es una experiencia universal de cada persona. Todas las situaciones vividas, las experiencias de tensión y ansiedad, o frustración e infidelidad no distinguen a las personas sanas de las enfermas. Sin embargo, la diferencia radica en las estrategias de afrontamiento ante dicha situación, asumiendo la capacidad para mantener un nivel integrativo de adecuado frente a situaciones de presión en el entorno.

Asimismo, aspectos como lo pueden ser la autoafirmación y la valentía, son también vías apropiadas en donde se puede encaminar el afrontamiento de manera positiva para la ansiedad.

4° La autonomía, como cuarto criterio, es concebido desde una óptica interna haciendo referencia al grado en donde la persona se maneja en sus acciones. Ello incluye el factor independencia y autoconfianza de la persona.

Asimismo, también está conectada la capacidad para poder dirigir la propia conducta partiendo de formatos interiorizados, implicando necesariamente la manutención del respeto por sí mismo. Dichas etapas de regulación interna, favorecen un autocrecimiento independiente permitiendo que el comportamiento verse sobre la interacción generada entre las exigencias del medio y la persona. Dicho proceso de regulación favorece un ascenso personal en cuanto a su crecimiento de manera independiente, permitiendo que la conducta sea determinada por las exigencias que siempre brinda el entorno en balance con lo deseado y los principios y valores que posee la persona.

La conducta independiente como criterio definitorio de la autonomía implica la conservación de una conducta estable, dado que ello está en función del mundo interior más no del mundo exterior.

Por tanto, la persona se “inmuniza” de aquello negativo que ocurre en el entorno que pudiera afectarle en algún sentido. De esta manera, las personas que mantienen autonomía son capaces de estar serenos y felices a mitad de una situación que podrían significar el desequilibrio completo para otras personas. Asimismo, se mantiene un equilibrio entre las normas que se siguen por idiosincrasia cultural así como por normas impuestas; sin

embargo, a pesar de ello no pierde sus principios originales y genuinos, manteniéndolos a pesar de todo ello.

5° Por otra parte, el criterio de percepción de la realidad, hace referencia a como se está notando la realidad, como se la percibe. Ello es indudablemente factor subjetivo. Sin embargo, es menester que sea lo suficientemente aproximado para poder captar a través de los sentidos una imagen que sea la copia suficientemente fiel de la realidad, así como lo suficientemente buena para que permita que los seres de su entorno mantenga interacciones eficientes. Es así que la percepción no puede concommitar con algunos otros procesos cognitivos como atención, juicio o pensamiento, estando relacionada de manera estrecha con percepción social Empatía o sensibilidad social.

Jahoda (citado por Lluch, 2004) describe la percepción objetiva como un criterio íntimamente relacionado con la adaptación a la realidad, puesto que la adaptación está basada en la percepción correcta del entorno. El dilema surgiría en el momento que se intenta delimitar el término "objetivo". De acuerdo a ello, se generarían las cuestiones fundamentales, en donde se preguntaría acerca de quién sabe qué es lo que es o está correcto. Cabe mencionar que esta dificultad aumenta de manera exponencial cuando se trata de percepción de naturaleza social. Ergo, no existirá una sola manera de encontrar sano a alguien.

Con el fin de que el ser humano no entre en argumentos que versan sobre la ignorancia, se denomina a estos tipos de percepciones: percepciones psicológicamente sanas.

Bajo estas premisas, se afirma que la persona sana es quién puede tener más opciones o chance para poder entender e interpretar de manera adecuada los sentimientos de los demás, siendo de esta manera más capaz de ponerse en el lugar de la otra persona, adoptando distintos puntos de vista.

6° El último criterio es el Dominio del entorno-Control ambiental. Se define como la capacidad para manejarse en la realidad. Eso se vincula con el éxito y la adaptación, en donde la autora propone seis dimensiones relacionadas entre sí, siendo la primera la satisfacción sexual, interpretada como una dimensión que hace alusión a los recursos que posee la persona para poder experimentar el placer sexual conservando relaciones sexuales gratificantes. Asimismo, a pesar de que la función sexual no es la parte vital para el funcionamiento humano, se reconoce como un indicador extremadamente sensible.

En este sentido, las actividades que se configuran como vitales son el tiempo libre, el trabajo y el amor. Es ahí donde la persona sana es capaz de cumplir una función de forma correcta, conservarlo y ser creativo. Es, además, capaz de poder relajarse y disfrutar la diversión, vivir en pareja o en familia, aprovechando toda oportunidad para hacerlo.

Por otra parte, la adecuación en las relaciones interpersonales da pie a describe el modo en el que la persona se puede encajar en un grupo de pares, adoptando distintas costumbres que se generan por consenso, sin recluir sus principios ni dejarlos de poseer, ya que a la vez conserva también su originalidad al momento de actuar, pensar o sentir. Por tanto, se resume en la habilidad para mantener lazos fuertes con el entorno siendo capaz de, en primera instancia, mantener la suficiente habilidad para cumplir con las demandas que exige el entorno. Esto implica la capacidad para dar una respuesta acorde a las necesidades de una situación en determinado tiempo y espacio. Los pedidos o las demandas sociales están en función del entorno y, en consecuencia, deben definirse y valorarse específicamente en cada contexto. Un ejemplo de ello sería la intención de poder evaluar a un niño para detectar el nivel de capacidad para satisfacer demandas de la escuela. Para ello, se necesitarían puntos clave como la interrelación que mantiene con la docente, con sus pares y los conocimientos adquiridos.

Asimismo, será capaz también de realizar correctamente la adaptación o acomodación, que contempla el hecho de poder equilibrar las necesidades que presentan la persona y las habilidades de la misma con la realidad. Por otra parte, es visto que la terminología usada con alta frecuencia para referirse a adaptación es el ajuste, el cual puede interpretarse bien como un concepto pasivo de aceptación de lo que la vida brinda o bien como sinónimo de adaptación con una connotación activa. La interacción del hombre con el medio es adaptativa en el momento que existe un equilibrio entre los componentes activos y pasivos. En otras palabras, el entorno en ocasiones es inmodificable y hay que ser capaz de asimilar esa idea tal cual, mientras otras veces el ser humano puede elaborar cambios activos en el mismo.

La resolución de dificultades es el aspecto que incluye el procedimiento tanto como el resultado en la solución de las dificultades en sí. Una forma de entender la resolución de estos problemas es poniendo el énfasis en el resultado final; la solución. Si las acciones versan sobre esta regla en particular, el resultado inevitable es un criterio de salud mental positiva. Pero por otra parte, el éxito no depende sólo del comportamiento individual sino también de circunstancias externas que escapan al control del ser humano. En consecuencia,

no puede contemplarse específicamente como un atributo del ser humano o como resultado propio de sus acciones. Sin embargo, en nuestra sociedad, las personas sanas poseen, en general, mayores posibilidades de éxito. La otra forma de entender la resolución de dificultades es haciendo hincapié en el proceso. El simple hecho de afrontar un problema puede ser suficiente para indicar un cierto grado de salud mental. Sin embargo, Jahoda (citado por Lluch, 2004) indica tres aspectos que definen el protocolo al que se debería ajustar. En primera instancia, se menciona la secuencia temporal, que explica el análisis de la situación, búsqueda de soluciones, toma de decisiones y la implementación de la solución respectiva. En segundo lugar, el tono emocional y la actitud en el mismo proceso, lo cual equivale a describir que mientras no existe una situación favorable, no se podrá elaborar soluciones de manera correcta, lo cual incapacitaría el avance a la siguiente etapa. Como tercer punto se observa la forma directa o indirecta de poder hacer frente a las dificultades, en donde una alternativa a ello de manera indirecta puede significar buscar un reemplazo de las actividades placenteras en el tiempo libre.

La autora afirma que las personas que saben resolver todo tipo de dificultades suelen combinar las tres dimensiones:

- La tendencia a superar todas las etapas.
- El ataque directo sobre el problema.
- El mantenimiento de un tono emocional apropiado

Algunos conceptos de la psicología actual relacionados a la Salud Mental Positiva, son tan antiguos como los primeros vestigios de los albores de la humanidad, ya que el deseo del bienestar o del vivir bien siempre se han mantenido presentándose de manera progresiva. Están íntimamente relacionados, se analizan desde múltiples ópticas y es difícil precisar su contenido específico. Esto genera dificultades de gran importancia a la hora de diferenciarlos y de encontrar definiciones mínimamente satisfactorias.

En cuanto al concepto de felicidad, es esperable que no exista un consenso general sobre el tema. Algunos autores la contemplan como una dimensión interior y la conciben como un resultado de la autorrealización humana (Gutiérrez, 1990), lo cual puede confundirse con lo planteado por la pirámide de necesidades humanas planteadas por Maslow. Sin embargo, desde la óptica de la interacción persona-entorno, la felicidad está en función de la concordancia entre los factores externos y los deseos y aspiraciones personales. En este

sentido, Kozma, Stone y Stones (1997) realizan un estudio sobre el tema y encuentran que los cambios en el entorno no modifican significativamente el índice global de bienestar subjetivo o felicidad y, en consecuencia, sugieren la existencia de una tendencia o predisposición del ser humano a la felicidad. Jahoda (1958) también defiende este punto de vista al considerarlo como una predisposición que el ser humano tiende a desarrollar para mantener siempre una actitud positiva incluso ante las vicisitudes de la vida. Se puede considerar que la interpretación de Thomas Szasz, recogida por Avia y Vázquez (1998), refleja correctamente que la felicidad no es un estado permanente sino una tendencia activa de búsqueda:

“La felicidad es una condición imaginaria que antiguamente los vivos atribuían a los muertos y en la actualidad los adultos atribuyen a los niños y los niños a los adultos” (p. 34).

También es factible resaltar la noción planteada por Bradburn (citado en McDowell y Newell, 1987) que interpreta la variable felicidad como un estado de equilibrio entre afectos positivos y negativos, cuyo efecto denota virtud del ser humano para hacer frente a las situaciones estresantes de la vida diaria.

La felicidad en todo caso, ciertamente implica un predominio de los sentimientos positivos por encima de los negativos. Por otra parte, la satisfacción es una de las definiciones más estudiadas desde las ópticas subjetivas según las cuales los sentimientos y las vivencias que las personas poseen de las distintas vivencias son más significativos que la propia situación en sí. La felicidad y la satisfacción se contemplan como estados afectivos positivos y se usan de forma simultánea o aglomerada como dimensiones subjetivas del bienestar y/o de la calidad de vida. Sin embargo, en un estudio realizado por Campbell, Converse y Rodgers (citado en Campbell, 1976) concluyeron que los jóvenes expresaban exteriormente mayor felicidad y menor satisfacción que las personas mayores; esto sugiere que aunque los dos términos están ciertamente conectados, no son completamente idénticos.

Algunos estudiosos plantean ciertos matices entre ambos conceptos, brindando al constructo de felicidad un factor afectivo o emocional y a la satisfacción un factor de carácter cognitivo (Amerigo, citado en Moreno y Ximenez, 1996). Sin embargo, cognición y emoción son difíciles de separar y, en consecuencia, es aconsejable considerar las variables tanto de satisfacción como felicidad como procesos actitudinales en los que interactúan componentes afectivos, cognitivos y comportamentales.

Es conveniente aclarar también que en las últimas décadas la concepción de optimismo está tomando gran relevancia entre los investigadores que se enfocan en la vertiente positiva de la salud, generando distintos tipos de publicación. Dicha definición se conceptualiza como la tendencia – quizás innata - del ser humano a esperar que el porvenir le augure buen panorama.

El optimismo, que algunos autores lo contemplan como una dimensión de la personalidad, es un efecto neto de la interacción social herencia-entorno. Sin embargo, según Seligman (1990), puede aprehenderse incluso en las etapas maduras del desarrollo evolutivo. En otras palabras, el optimismo genera estados emocionales positivos y constituye un factor que incide favorablemente en múltiples facetas de la vida, entre otras la salud. Avia y Vázquez (1998) señalan que:

“El optimismo no es sólo un requisito para la supervivencia, sino además una condición indispensable para una vida plenamente humana: no es nada añadido ni propio de los ilusos, sino una de las mejores armas para adaptarnos al medio y transformarlo. Nos merece un enorme respeto este mecanismo que permite que las personas sean capaces de superar el infortunio y construir y soñar el futuro” (p. 16).

Es menester también mencionar que para algunos autores existen dos tipos de optimismo. En primera instancia, se hace mención al optimismo ingenuo implica la creencia de que las cosas saldrán bien porque sí, sin intervenir activamente. Esta suposición bloquea el progreso personal y puede generar dificultades de gran importancia (Avia y Vázquez, 1998). El optimismo inteligente por su parte mantiene una suficiente dosis de realidad sin dejar de promover el crecimiento personal tanto de sí mismo como de los individuos que lo acompañan. En esta línea, Bloch (citado en Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, 1997) hace mención al “optimismo militante”, en otras palabras, la convicción de que existen posibilidades de cambio y a través de una dura labor y mucha voluntad se pueden conseguir.

La terminología de bienestar adquiere una gran pertinencia en este contexto, a partir de que la Organización Mundial de la Salud lo incorpora en su definición de salud, “...estado de bienestar físico, psicológico y social.” (OMS, 1948). En sus inicios, se mencionaba como un concepto global para referirse al “bien vivir”, a la “buena vida”, lo cual incluía en su concepción la felicidad y la satisfacción. A pesar de esto, en los últimos años ha quedado integrado dentro de la definición calidad de vida y se estudia como parte de la misma.

El paradigma de bienestar psicológico de Carol Ryff, en un intento de definir la salud mental positiva, lo cual la lleva a construir un paradigma que incluyera los distintos aspectos de funcionamiento humano óptimo (Ryff, 1989, 1995: Ryff & Singer, 1998), donde se conceptualiza el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos, en otras palabras no incluye la cantidad de emociones positivas o de placer como predictor en sí mismo del funcionamiento psicológico óptimo sino más bien como una consecuencia, para esto Ryff planteo seis dimensiones básicas que delimitarían el espacio de la salud mental, diferenciando a su vez lo que se entenderá por un funcionamiento eficaz frente a un funcionamiento deficitario, siendo sus dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y crecimiento personal.

Otro enfoque que nos explica sobre las clasificaciones del estado de bienestar es Corey Keyes, cuyo modelo versa sobre lo propuesto por Carol Riff, Corey lo expandió para cubrir aspectos hedónicos y sobre todo que ella denominó bienestar social (Keyes & Waterman, 2003), en este paradigma la autora distingue tres ámbitos para operacionalizar la salud mental positiva, en donde el primero es el Bienestar emocional, seguido por el bienestar psicológico continuado finalmente con el Bienestar social.

De esta manera, a lo que le denomina bienestar social es un elemento que aun examinado desde una óptica psicológica esencialmente subjetiva no se incluye tanto en la esfera privada y supone incluir criterios más relacionados con el desenvolvimiento tanto social como comunitario; siendo el nivel de bienestar social el que expresaría en qué medida el contexto social y cultural en que una persona vive es tomado en tanto como un entorno de bienestar y satisfactorio. Estos factores aparentemente no afectan solo a la percepción de la satisfacción personal sino que también sirven a las personas como reglas generales para juzgar el estado de salud de otros individuos.

Es por ello que este paradigma tendría cinco dimensiones en el campo del bienestar social:

- Coherencia social, el cual cuenta con la percepción que el mundo interaccional o social posee lógica además de ser coherente y predecible.
- Integración social, es percibirse como parte elemental de la sociedad o contexto en donde se desenvuelve y sentir que se cuenta con un soporte y con elementos a compartir entre sus semejantes.
- Contribución social, es la sensación de contribuir con algo valioso y/o vital para la sociedad en general.

- Actualización social, que precisa tener la sensación de que la sociedad es un contexto en donde se crece y se desarrolla reconociendo también el crecimiento y la actualización personal.
- Aceptación social, tener acciones y actitudes que reflejen benevolencia y se constituyan también como actitudes positivas hacia las personas. Sentir que el mundo no es un lugar inhóspito.

En cualquier sentido, este elemento eminentemente social y comunitario se posiciona como un factor de inestimable relevancia para expandir la definición de bienestar más allá del ámbito individual.

Martin Seligman brinda más que un paradigma, una forma de esquematizar inicialmente el estudio elaborado en el campo de la formulación del estado de bienestar hasta el momento y de proyectarla hacia el futuro (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

En tanto aquello representa su teoría, Seligman menciona que existen tres caminos que conllevan al bienestar, en donde en primera instancia se situaría la vida placentera, incluyendo el experimentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida, que se menciona a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con la meta de desarrollar un mayor número de expresiones óptimas y como último camino, que incluiría el sentido vital y el desarrollo de metas que van más allá de uno mismo.

Además, La calidad de vida es un término que surgió con fuerza a partir de los años 80, en el momento que el aumento de las enfermedades crónicas, el avance de los tratamientos y la introducción de conceptos como rehabilitación y atención comunitaria adquieren un peso específico relevante en el campo de la salud (García Riaño, 1991; Moreno y Ximénez, 1996). La calidad de vida permite ampliar la concepción del bienestar y abordarlo desde una óptica más operativa y, a priori, más medible. Desde entonces ha generado un volumen asombroso de estudios y se ha convertido en la meta central de las políticas sociales y económicas de los gobiernos, en los países desarrollados (Casas, 1998; Fernández-Ballesteros, 1997).

Sin embargo, en los últimos años, se cuestiona la sostenibilidad del Estado de Bienestar que, en definitiva, es el resultado último de la calidad de vida (Pol y Valera, 1998; Prieto, 1993, Vásquez, 2008). La calidad de vida es un concepto muy vinculado a la vertiente positiva de la salud sin embargo curiosamente, dentro del ámbito de la salud mental, se ha

estudiado fundamentalmente en poblaciones enfermas, especialmente en pacientes esquizofrénicos tratados en la comunidad. Las políticas de desinstitucionalización, los avances en los tratamientos farmacológicos y la necesidad de reinserción social de los afectados, han motivado un creciente interés por conocer y valorar el verdadero impacto que estos cambios generan en la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales crónicos.

Bajo las premisas propuestas, este trabajo de investigación se justifica teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

La presente investigación se justifica **metodológicamente** por que se realizó con la finalidad de validar, determinar la confiabilidad y estandarizar el Cuestionario de Salud Mental Positiva, ya que existe la necesidad de tener un instrumento especializado a nuestra realidad y a la realidad de los estudiantes de Psicología que desarrollan sus prácticas Pre-Profesionales de las diversas Universidades particulares de la ciudad de Trujillo, describiendo de forma específica la medición de la Salud Mental Positiva.

Así mismo se justifica de forma **práctica** porque es de gran importancia para profesionales de psicología y afines quienes contarán con un instrumento acorde a la realidad problemática. Así también esta investigación servirá como antecedente para futuras investigaciones.

Por otro lado en este estudio, trata de dar respuesta y establecer los resultados de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes de psicología que estén realizando sus Prácticas Pre-Profesionales, con el fin de tener instrumento válido, confiable y con normas, para la valoración del nivel de salud mental positiva, teniendo en cuenta la base teórica y la psicología actual, que hasta ahora no se ha tomado en cuenta en nuestro contexto.

### **1.1. Problema:**

A pesar de que existen diferentes perspectivas respecto al término salud mental, es el constructo comúnmente avalado para la hacer referencia tanto al aspecto de salud como enfermedad mental y, en la actualidad, cada vez se hace más necesario ir más allá de una concepción centrada en la prevención y tratamiento, con el fin de pasar a un definición orientada al desarrollo en su aspecto positivo personal del ser humano (Lluch, 2004). Fritsch et al. (2006, Citado por Cova et al., 2007) mencionan que la población de estudiantes

universitarios ha sido blanco o tentación de estudio de diversos investigadores, dado que a pesar de que se puede considerar que este tipo de población se sitúa como un sector de élite, se puede afirmar también que dentro del recorrido de su vida, mantienen distintas dificultades y vicisitudes que en algunos casos impiden su pronta adaptación de manera adecuada. En su mayor parte, los intelectuales e investigadores han focalizado sus estudios en los problemas que han podido existir, además de evaluar consecuentemente su intensidad, frecuencia y modalidad Mohd (2003), obtuvo resultados de un estudio realizado por el mismo, en donde señala que los factores más próximos y prevalentes para el desarrollo de trastornos en la población estudiada son sentir presión, falta de apoyo familiar. Andrews y Wilding (2004) en este sentido, los estudios de esta población muestran que distintos factores como la necesidad de adaptación, así como la preparación óptima y un desarrollo por competencias, además del hecho de estar entrando en la etapa de la adolescencia y la adultez joven propicia un ambiente con altas obligaciones, cargadas de responsabilidad con el riesgo. A ello se agrega la necesidad de una preparación óptima, fundamental para un futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo. Adicionalmente, la carrera se desarrolla en un periodo del ciclo vital con características que le son propias, la adolescencia y la adultez joven. Como corolario de lo expuesto Perales, Sogi y Morales (2003), postulan que el estrés que soporta un estudiante de psicología durante su adiestramiento es obligadamente alto, con riesgo de menos cabo de su salud mental.

Estudiar la salud mental desde una perspectiva positiva nos permite identificar habilidades personales y enfatizar el trabajo, fomentando así la promoción de recursos (Lluch, 2004). De esta manera es que al conocer que los profesionales inmersos en el contacto continuo con personas que requieren apoyo psicológico, deben redoblar esfuerzos por mantener una salud mental positiva, algunos autores consideran necesario el término de salud mental positiva, para destacar los esfuerzos en la dirección de la promoción y el fomento de la salud mental. La salud mental positiva, como constructo, significa que no puede ser definida de forma directa y se precisan términos, factores o dimensiones específicas, lo que da lugar a definiciones desde planteamientos criteriosales o multifactoriales. De la misma manera, la perspectiva de constructo imprime al concepto una identidad propia y permite establecer una delimitación importante dentro de la vertiente positiva de la salud mental. Diversas investigaciones indican como más estresantes las profesiones de ayuda; esto debido al enfrentamiento entre la filosofía humanista de estos profesionales y el sistema deshumanizado imperante (Moreno, Oliver & Aragonese, 1996). Dentro de las profesiones

de ayuda y de relación directa con las personas se encuentran principalmente la educación, trabajo social, psicología, psiquiatría, medicina y enfermería. Si las profesiones de ayuda se contemplan como las más estresantes en su calidad y cantidad, cabe mencionar que existe probabilidad de que estos mismos sujetos puedan dispararse en el riesgo de padecer problemas emocionales. Asimismo, al hablar netamente de profesionales de psicología, la situación de vuelve mucho más vulnerable, debido a que no se cuenta aún con los recursos emocionales adecuados con los que sí contaría un profesional con amplia trayectoria y experiencia.

En este sentido, como estado dinámico, la salud mental positiva se explica como un proceso de adaptación constante y de manutención del propio equilibrio ya que, si es favorable, produce un crecimiento personal de manera exponencial en el individuo, además de mantener a la persona en el espacio de salud mental positiva (Fornés & Gómez, 2008). Por ello en la formación de profesionales en Psicología, es de vital importancia reconocer y reforzar el desarrollo personal, que servirá como base para un adecuado desempeño en sus diversas actividades en ámbitos, clínicos y comunitarios, para asumir responsabilidades y desarrollar actividades muy parecidas a las de un profesional.

La información señalada anteriormente hacen notar la necesidad de contar con profesionales mentalmente sanos, capaces de promover y orientar el desarrollo de las personas con las que trabajan, por lo que resulta de mucha importancia dirigir investigaciones que permitan conocer la situación de salud mental de éstos a fin de identificar, diseñar e implementar estrategias de intervención oportunas que permitan cuidar su salud mental, la misma que repercutirá en el sistema institucional.

Por eso se hace necesario contar con instrumentos validos y confiables que esten diseñados para evaluar aspectos personales ligados a detectar recursos y habilidades inherentes al quehacer del profesional de psicología y más aun a en estudiantes que estan formandose en la carrera. Es así que ante esta problemática se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Cuestionario del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo?

## **1.2. Objetivos:**

### **1.2.1. Objetivo General:**

Determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la ciudad de Trujillo

### **1.2.2. Objetivos Específicos:**

- Determinar la validez de contenido por el método de criterio de jueces del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.
- Determinar la validez de constructo por el método de correlación ítem-test corregido del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.
- Determinar la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.
- Determinar la validez de constructo a través del método de congruencia del Cuestionario de Salud Mental Positiva con la escala de Bienestar Psicológico (EBP) en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.
- Hallar la confiabilidad por consistencia interna a través del método de homogeneidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.
- Hallar la confiabilidad por estabilidad a través del método de Test re-test del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.

- Elaborar las normas en percentiles del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.
- Determinar los niveles de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la ciudad de Trujillo.

## II. MARCO METODOLÓGICO:

### 2.1. Variable:

#### A) **Definición Conceptual de la Variable:** Salud Mental Positiva reconocida como:

...el resultado de la interacción de factores psicosociales de las personas que le facilitan alcanzar un alto nivel de bienestar, de funcionamiento óptimo e implica la promoción de sus cualidades facilitando su máximo desarrollo, potencial que está determinado por la presencia de los factores satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal (Lluch, 1999).

### 2.2. Operacionalización de variables:

Tabla 1:

*Operacionalización de Variables*

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Salud Mental Positiva	Se asume la definición operacional de medida del cuestionario Salud Mental Positiva por Lluich (1999). En función a los puntajes de las seis escalas: satisfacción personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y autoactualización, Habilidades de relación interpersonales. Implicando que la persona ha aprendido a vivir consigo misma, se considera a sí misma buena, fuerte y capaz, siendo independiente y con propia iniciativa, teniendo una dirección de crecimiento y desarrollo hacia sus propias metas, proyectos a largo plazo e ideales de vida, con una visión optimista hacia el futuro, mantiene flexibilidad, utilizando estrategias adecuadas y saludables para resistir el estrés, disfruta de su vida.	<b>Satisfacción personal:</b> autoconcepto, Satisfacción con la vida personal, Satisfacción con las perspectivas de futuro	Accesibilidad del yo a la conciencia: ítem 38	Intervalo
			Autoestima: ítems 39,4	
			Sentido de Identidad: ítems 14,31,23	
		<b>Actitud pro social,</b> Predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad, Actitud social "altruista" ,Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás y de los hechos sociales diferenciales	Motivación por la vida: ítems 7,12,32,16,17	
			Implicación en la vida: ítems 1,3	
		<b>Autocontrol,</b> capacidad para el afrontamiento del estrés/ de situaciones conflictivas, Equilibrio emocional / control emocional, Tolerancia a la ansiedad y al estrés	Resistencia al estrés: ítems 6,22,5,21,26,2	

		<p><b>Autonomía</b> : Capacidad para tener criterios propios, Independencia, Autorregulación de la propia conducta, Seguridad personal / Confianza en sí mismo</p>	<p>Conducta independiente: ítems 10, 19,13,34,33</p>	
		<p><b>Resolución de problemas y auto actualización:</b> capacidad de análisis, Habilidad para tomar decisiones, Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios, Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo</p>	<p>Percepción objetiva: ítems 29, 15, 28,27</p>	
		<p><b>Habilidades de relación interpersonal:</b> Habilidad para establecer relaciones Interpersonales, Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás, Habilidad para dar apoyo emocional, Habilidad para establecer relaciones interpersonales intimas</p>	<p>Empatía o sensibilidad social: ítems 8,11,24,25,35,37</p>	
			<p>Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre: ítem 18</p>	
			<p>Adecuación en las relaciones interpersonales: ítems 9, 20</p>	
			<p>Habilidad para satisfacer las demandas del entorno: ítem 30</p> <p>Resolución de problemas: ítem 36</p>	

### **2.3. Metodología:**

Este estudio, considera el método inductivo considerando el partir de casos individuales aceptados como válidos, aplicando instrumentos y la observación (Rodríguez, 2005), que a través de formulaciones estadísticas se han obtenido conclusiones amplias y generales, como la validez, confiabilidad y baremos del instrumento en estudio.

### **2.4. Tipo de estudio:**

La presente investigación es de tipo Tecnológica, ya que el eje de desarrollo de esta es que los resultados obtenidos sean parte más práctica que teórica, haciendo uso de instrumentos y herramientas con bases científicas (Rodríguez, 2005); es así que el principal objeto de investigación es lograr obtener alcances psicométricos, buscando pruebas sobre sus principales características psicométricas (Rodríguez & Cuevas, 1995, p. 56), es así que la escala de Salud Mental Positiva es sometida a el estudio de propiedades Psicométricas.

### **2.5. Diseño de Investigación:**

Es estudio, por su estructura, esta sedimentado sobre base de un diseño definido por Alarcón (2013), siendo este el diseño psicométrico el que se considera como:

“emparentada con la investigación correlacional, aunque posee su espacio propio en la investigación psicológica. Ha enfocado su atención en el análisis de conductas complejas, con miras a descubrir su naturaleza, y en trabajos orientados a crear y estandarizar tests y escalas de medición psicológica”. (p. 222).

Siendo así la escala de Salud Mental sometida a la pericia psicométrica con el objetivo de hallar y determinar sus principales características psicométricas como la confiabilidad y validez, dirigidos a ser midiendo correctamente la variable psicológica.

### **2.6. Población, muestra y muestreo:**

#### **2.6.1. Población:**

La población estuvo constituida por el total de 403 internos de las Escuelas de Psicología de la Universidad César Vallejo (n=244), Universidad Antenor Orrego (n=23), Universidad Privada del Norte (n=43), Universidad Católica (n=64), Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote (n=10), y Universidad Alas Peruanas (n=17), del distrito de Trujillo, matriculados en el semestre académico 2015-II, que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión; cuya distribución se presenta en la tabla 2.

Tabla 2

*Distribución de internos de las Escuelas de Psicología, según Universidad a la que pertenecen y ciclo de estudios, en el distrito de Trujillo, durante el semestre académico 2015-II*

UNIVERSIDAD	Ciclo	N° de internos	%
UCV	VIII	66	16.4
	IX	54	13.4
	X	62	15.4
	XI	62	15.4
	Total	244	60.6
UPAO	IX	13	3.2
	X	10	2.5
	Total	23	5.7
UPN	VIII	18	4.4
	IX	10	2.5
	X	16	4.0
	Total	43	10.9
CATOLICA	X	30	7.4
	XII	34	8.4
	Total	64	15.8
ULADECH	IX	5	1.25
	X	5	1.25
	Total	10	2.5
ALAS PERUANAS	VIII	5	1.2
	IX	10	2.5
	X	3	0.8
	Total	17	4.5
TOTAL		403	100.0

#### 2.6.2. Muestra:

- **Muestra general**

En la presente investigación el tamaño de la muestra coincide con el tamaño de la población por tratarse de una población relativamente pequeña para los fines de la investigación; estrategia que permitirá minimizar el error de muestreo y alcanzar la máxima confiabilidad (Sheaffer y Mendenhall, 2007). La muestra estuvo constituida por 318 internas mujeres y 85 varones.

Con la finalidad de obtener una muestra adecuada para esta investigación:

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * PQ}$$

- P : Proporción de elementos con la característica de interés.
- Q : Proporción de elementos sin la característica de interés (Q=1-P).
- Z : Valor de la distribución normal estándar para un nivel de confianza especificado
- E : Error de muestreo
- N : Tamaño de población
- n : Tamaño de muestra

- **Muestra para análisis descriptivo**

Para el estudio de índole descriptivo se tomó una muestra elegida al azar de 180 de la población de 403 internos de las Escuelas de Psicología. El tamaño de muestra se obtuvo con un margen crítico del 95% de confianza, un error muestral del 5.44% y una varianza máxima (PQ=.25; P=.50 y Q=.50).

$$n = \frac{403 * 1.96^2 * .25}{(403 - 1) * .0544^2 + 1.96^2 * .25}$$

n=180

- **Muestra para la validez congruente y para la confiabilidad test-retest**

La muestra fue obtenida con un nivel de confianza del 95%, un error de muestreo un error de muestreo del 5.44% y una varianza máxima (PQ=0.25; P=.50 y Q=.50). Constituida por un total de 180 internos elegidos al azar de la población de 403 practicantes de Psicología, que conforman la población de las referidas Universidades.

$$n = \frac{403 * 1.96^2 * .25}{(403 - 1) * .0544^2 + 1.96^2 * .25}$$

n=180

### **2.6.3. Muestreo:**

Se utilizó en la investigación el muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional, siendo este una forma que permite seleccionar a las unidades de análisis de manera aleatoria dentro de cada uno de los estratos y homogéneos a la muestra total según las características de análisis del estudio, como el género y la institución de procedencia. (Sheaffer y Mendenhall, 2007, p.126).

### **2.6.4. Criterios de Selección:**

#### **Criterios de inclusión:**

- Alumnos de ambos géneros con matrícula vigente durante la fecha de cumplimentación del estudio
- Estudiantes con matrícula vigente que se encuentren entre el 8vo y 12vo ciclo de la carrera del periodo académico 2015 - II de las escuelas académico profesionales de Psicología que estén desarrollando Practicas Pre-Profesionales.
- Aquellos alumnos que deseen participar voluntariamente al estudio.
- Estudiante que complementen correctamente el protocolo del instrumento.

#### **Criterios de exclusión:**

- Alumnos que, habiendo sido matriculados en el periodo 2015-II son inhabilitados de las prácticas pre profesionales.

## **2.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

### **2.7.1. Técnicas:**

Se recurrió a la técnica de evaluación psicológica, debido a que por medio de esta se puede cuantificar o cualificar objetos de medición, siendo estos el comportamiento, ya sea por métodos psicométrico o proyectivos que cuenta con suficiente calidad psicométrica, fiables y válidos para hacer evidente el constructo a fin de ser observado, por ellos es imperante tener una suficiente minuciosidad para seleccionar los instrumentos para su futura aplicación y calificación (González, 2011).

### **2.7.2. Instrumento:**

El instrumento que se empleó para la presente investigación fué el Cuestionario de Salud Mental Positiva, de la autora María Teresa Lluch, creado en Barcelona, España, en el año 1999; evalúa el constructo de Salud Mental Positiva propuesta por Yahoda en 1958. Su administración es individual y colectiva. El cuestionario está conformado por 39 ítems positivos y negativos que saturan en los seis factores que componen el modelo de la salud mental positiva. Las Puntuaciones para los ítems positivos son siempre o casi siempre: valor 4, bastante frecuencia: valor 3, algunas veces: valor 2, nunca o casi nunca: valor 1. Las puntuaciones para ítems negativos son: siempre o casi siempre: valor 1, bastante frecuencia: valor 2, algunas veces: valor 3, nunca o casi nunca: valor 4. El cuestionario está compuesto por 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6). Cuenta con validez contenido, de Criterio y de constructo evidenciando análisis factorial exploratorio, encontrando un rango de saturación entre 0.40 a 0.78. y una confiabilidad por Consistencia Interna del test global de .80. Presenta baremos percentilares generales.

#### **Validez:**

Lluch (1999) realizó validez de contenido, los expertos consultados analizaron el cuestionario inicial aplicando criterios de relevancia y representatividad para evaluar la adecuación del contenido de los ítems a los subfactores.

Cada uno de los expertos llevó a cabo el análisis de forma independiente y éste se realizó antes de la presentación de la escala. Por tratarse de un cuestionario en fase inicial de construcción, se decidió aplicar sólo aquellas modificaciones en las cuales hubiera acuerdo unánime entre los expertos (Lluch 2004). Otros criterios analizados por los expertos fueron la longitud del cuestionario, que valoraron como excesivamente largo y el número de subfactores planteados, que consideraron excesivo. Estas valoraciones coinciden con los resultados del análisis psicométrico: reducción del cuestionario a 39 ítems y configuración de factores unidimensionales. El juicio de expertos señaló que los factores obtenidos son coherentes con los conceptos de salud mental reflejados de forma habitual en la bibliografía (Lluch, 1999).

Además el cuestionario fue sometido a validez factorial donde los criterios de selección fueron ítems con valores igual o mayor que uno, y saturación del ítem en el factor: mayor de 0.40. Para valorar la viabilidad de la estructura de 16 subfactores, se realizó un análisis

factorial exploratorio de cada uno de los seis factores generales buscando la estructura multidimensional (subfactores), planteada para cada factor. Los resultados obtenidos en un segundo estudio muestran, que en ninguno de los factores explorados se cumplió la estructura de subfactores previstos, el número de factores resultante fue, en todos los casos, superior al esperado y proporcional a la cantidad de ítems que componen cada factor general (cuanto mayor era el número de ítems más factores se generaron en los análisis); por ello se generó un tercer estudio donde se determinó estudiar factores únicos, sin subfactores, donde el porcentaje de varianza explicada fue alto en todos los factores; en todos los análisis se configuró un primer factor resultante que explica un elevado porcentaje de varianza y acumula la mayoría de los ítems; el porcentaje de ítems que saturaron por encima de 0.40 en el primer factor resultante osciló entre 35.7% en el factor, F5 y 100% en el factor F2. La estructura factorial de los seis factores generales alcanza ítems cuya saturación fue superior a 0.40. El instrumento final es de 39 ítems quedando organizados de la siguiente manera: Factor 1 "Satisfacción personal": está formado por 8 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.53 y 0.76. Factor 2 "Actitud Prosocial": está formado por 5 ítems, con un nivel de saturación que oscila entre 0.42 y 0.68. Factor 3 "Autocontrol": está compuesto por 5 ítems, con un rango de saturación entre 0.42 y 0.78. Factor 4 "Autonomía": consta de 5 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.41 y 0.77. Factor 5 "Resolución de problemas y auto actualización": tiene 9 ítems, con valores de saturación que van desde 0.43 a 0.67. Factor 6 "Habilidades de relación interpersonal": está formado por 7 ítems, con un rango de saturación entre 0.62 y 0.44. (Lluch, 1999)

-Correlaciones entre escala global y factores: son todas estadísticamente significativas ( $p < 0.005$ ). El factor F5 ("Resolución de problemas y auto actualización") es el que tiene un valor más elevado ( $r = 0.83$ ). Los factores "Satisfacción personal" (F1), "Autocontrol" (F3), "Autonomía" (F4) y "Habilidades de relación interpersonal" correlacionan con un rango que va de 0.66 a 0.77. El factor F2 ("Actitud pro social") es el que presenta una correlación más moderada, aunque estadísticamente significativa ( $r = 0.41$ ;  $p < 0,001$ ).

-Correlaciones entre factores: la correlación entre todos los factores es estadísticamente significativa. Los factores "Satisfacción personal" (F1), "Resolución de problemas y auto actualización" (F5) y "Habilidades de relación interpersonal" (F6) correlacionan significativamente a un nivel de  $p < 0.001$ . El nivel de significación entre el factor "Actitud

pro social" (F2) y "Autocontrol" (F3) es de  $p < 0.01$  y entre "Actitud social" (F2) y "Autonomía" (F4) es de  $p < 0.05$ .

### **Confiabilidad:**

La confiabilidad del instrumento alcanzó un índice de 0.80 coeficiente de Alfa de Cronbach. La confiabilidad de cada uno de los factores propuestos es de valores superiores a 0.40 (Lluch, 1999).

Lluch (1999), señala que como indicador de la consistencia interna del instrumento utilizó el coeficiente alfa propuesto por Cronbach, y el criterio que estableció para considerar aceptable el coeficiente fue que su valor sea igual o superior a 0.70. Con este criterio, todos los factores, excepto el 2 "Actitud prosocial", obtuvieron un coeficiente alfa superior a 0.70 y los errores típicos de medida (SEM) no fueron excesivamente elevados.

Los factores "Satisfacción personal" (F1), "Autocontrol (F3), "Autonomía" (F4) y "Resolución de problemas y autoactualización" (F5) tienen valores alfa muy satisfactorios, con un rango que oscila entre 0.77 y 0.82. Por otro lado, el factor 6 "Habilidades de relación interpersonal" obtuvo un índice de fiabilidad de 0.71. El factor 2 "Actitud pro social" presentó un índice de fiabilidad inferior al criterio establecido (alfa de Cronbach=0.58), que no aumentó eliminando ningún ítem.

### **Test-Retest**

En relación a la fiabilidad test-retest, el criterio que estableció para considerar un coeficiente de correlación aceptable fue que su valor sea igual o superior a 0.70.

Los resultados obtenidos en relación a la escala global fueron muy satisfactorios con una correlación test-retest de 0.85. La correlación test-retest para cada uno de los seis factores alcanzó valores superiores a 0.70 en todos los casos, excepto en el factor 2 "Actitud prosocial" (con una  $r = 0.60$ , aunque estadísticamente significativa  $p < 0.001$ ). Este factor también presentó, en el análisis de consistencia interna, un índice alfa por debajo del criterio establecido. En el resto de factores, los valores oscilan entre el 0.72 del factor 3 ("Autocontrol") y del factor 6 ("Habilidades de relación interpersonal") y el 0.79 del factor 1 ("Satisfacción personal") (Lluch, 1999).

### **Descripción del instrumento:**

Las instrucciones están especificadas en el inicio del cuestionario y van dirigidas a controlar algunos de los errores potenciales de respuesta, con relación a:

- Crear un clima de colaboración adecuado
- Garantizar el anonimato
- Invitar a la sinceridad, enfatizando especialmente que la escala no es una prueba con respuestas acertadas y respuestas incorrectas
- Formular ítems positivos y negativos para neutralizar el efecto de aquiescencia.

Escala tipo Likert de 1 a 4 puntos (de 1 = casi nunca a 4 = casi siempre)

El cuestionario está conformado por 39 ítems positivos y negativos que saturan en los seis factores que componen el modelo de la salud mental positiva. Las Puntuaciones para los ítems positivos son siempre o casi siempre: valor 4, bastante frecuencia: valor 3, algunas veces: valor 2, nunca o casi nunca: valor 1. Las puntuaciones para ítems negativos son: siempre o casi siempre: valor 1, bastante frecuencia: valor 2, algunas veces: valor 3, nunca o casi nunca: valor 4.

Para la corrección de esta prueba el primer paso ha de ser sumar las contestaciones a cada uno de los ítems de cada subescala. La puntuación resultante será la puntuación directa que habrá de colocarse en la casilla correspondiente de la tabla que se encuentra al final del cuestionario.

De la misma forma se procederá observar, en algunos de los ítems asteriscos al final de los mismos. Estos asteriscos indican que estos ítems están invertidos, de forma que al sumar las contestaciones igualmente han de invertirse. De este modo, si en estos ítems se ha contestado un 1 se sumará 4, si se ha contestado 2 se sumará 3, si se contesta 3 se sumará 2, si se contesta 4 se suma 1. Los niveles arrojados son alta, media y baja salud mental positiva.

#### **Baremos y análisis descriptivo:**

Se determinó normas percentilares a través de la baremación, la cual permite la interpretación de resultados obtenidos por un sujeto.

## **2.8. Métodos de análisis de datos:**

Se procedió a la aplicación del instrumento en los estudiantes de psicología, una vez cumplimentados se procedió a realizar el baseado de data en una hoja de MS Excel 2013 a fin de categorizar y cuantificar los datos obtenidos, consecutivamente se exporto el archivo al programa estadístico SPSS v. 21.0 para procesar los datos a fin de obtener por medio de estadígrafos los resultados según objetivos propuestos. Sobre la base de todo ellos se obtuvo los resultados y fueron propuestos en un informe según los parámetros y criterios de la American Psychological Association (APA , 2010). En estos se observan lo siguiente:

A fin de analizar la muestra se determinaron las medidas de tendencia central como la media y mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar.

La adaptación lingüística se recurrió a la validez de contenido validez de contenido por medio de criterio de jueces y métodos de agregados individuales, teniendo 8 jueces a cargo de la revisión de los reactivos, los cuales se sometieron a estadígrafo de la V de Aiken, (1980; 1985; Andreani, 1975; como si citó en Escurra, 1988), teniendo en cuenta en claridad la calificación 1: no cumple con el criterio, 2: bajo nivel, 3: moderado nivel, 4: alto nivel; en coherencia, 1: totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio), 2: desacuerdo (bajo nivel de acuerdo), 3: acuerdo (moderado nivel), 4: totalmente de acuerdo (alto nivel); y para relevancia, 1: no cumple con el criterio, 2: bajo nivel, 3: moderado nivel, 4: alto nivel. Para la realización de la validez de constructo se recurrió a la corrección ítem test corregido a fin de hacer un análisis del ítem, así mismo del análisis factorial confirmatorio y por ultimo del método por congruencia con la escala de Bienestar psicológico (EBP) en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo.

Para la hallar la confiabilidad del instrumento se procedió a la realización de la consistencia interna gracias al coeficiente alfa de Cronbach, por otra parte se efectuó la medida de estabilidad de test-retest (Corral, 2009 y Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). El intervalo de tiempo para el retest fue de tres semanas.

Se procedió a construir las normas de tipo percentilas de manera general, para ello se evaluó la normalidad de los datos muestrales por medio de la prueba de Z de Kolmogorov – Smirnov y luego se contrastó los grupos muestrales según la versión paramétrica o no paramétrica de las pruebas de contraste entre grupos.

## **2.9. Aspectos Éticos:**

En consideración del código de ética profesional del psicólogo peruano deja en claro que debe existir un acuerdo justo para ambas partes, participante como investigador, a fin de que ninguno salga perjudicado en los procedimientos, así mismo tener presente que los resultados del estudio deben manejarse con cautela sin afectar a la confidencialidad del participante y de cualquier forma su integridad (Colegio de Psicólogos del Perú - Consejo Regional de Lima - 1, 2013, pp. 14 - 15) es por ello que antes de realizar la aplicación del instrumento se ha dejado en claro los acuerdos entre ambas partes a fin de que estos sean conocedores del fin y propósito de la investigación. Es por lo mismo que se ha llevado a cabo la firma del consentimiento informado a fin de dejar claro de manera fehaciente la voluntariedad de su participación así como de los beneficios y riesgos que esta involucra, estos pasos han sido llevados a cabo gracias a la declaración de Helsinki firmada en 1964 (Ariztizábal, Escobar, Maldonado, Mendoza, y Sánchez, 2004). El documento estuvo hecho según los protocolos exigidos en el reglamento de Ensayos Clínicos (Ministerio del Interior, 2010) y como indica el modelo propuesto por Aiken (1996).

### III. RESULTADOS:

#### 3.1 VALIDEZ

##### 3.1.1 VALIDEZ DE CONTENIDO

Los resultados del juicio de ocho expertos fueron evaluados con el estadístico de V de Aiken, respecto a claridad y coherencia de los ítems que constituyen el Cuestionario de Salud Mental Positiva. El análisis respecto a claridad revela correlaciones de Aiken altamente significativas ( $p < .01$ ), en treinta y seis ítems, y en tres ítems los índices son significativos ( $p < .05$ ), lo que sería una evidencia de semántica y sintaxis adecuada. En cuanto a relevancia, encontramos en veintisiete ítems correlaciones de Aiken altamente significativas ( $p < .01$ ), en doce ítems correlaciones significativas ( $p < .05$ ). Lo que indica que los ítems son claros e importantes y deben ser incluidos en el Cuestionario.

**Tabla 3**

*Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en claridad y relevancia de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	% de acuerdos			
	Claridad		Relevancia	
	V de Aiken	Sig.(p)	V de Aiken	Sig.(p)
item1	1.00	.001**	1.00	.001**
item2	1.00	.001**	1.00	.001**
item3	1.00	.001**	1.00	.001**
item4	1.00	.001**	1.00	.001**
item5	1.00	.001**	1.00	.001**
item6	1.00	.001**	1.00	.001**
item7	1.00	.001**	1.00	.001**
item8	0.88	.011*	1.00	.001**
item9	1.00	.001**	1.00	.001**
item10	0.88	.011*	1.00	.001**
item11	1.00	.001**	1.00	.001**
item12	1.00	.001**	1.00	.001**
item13	1.00	.001**	1.00	.001**
item14	1.00	.001**	1.00	.001**
item15	1.00	.001**	0.88	.011*
item16	1.00	.001**	1.00	.001**
item17	1.00	.001**	0.88	.011*
item18	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 19	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 20	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 21	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 22	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 23	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 24	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 25	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 26	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 27	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 28	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 29	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 30	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 31	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 32	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 33	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 34	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 35	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 36	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 37	1.00	.001**	0.88	.011*
Ítem 38	1.00	.001**	1.00	.001**
Ítem 39	0.88	.011*	1.00	.001**

Nota: V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\* $p < .01$ : Muy significativa

\* $p < .05$ : Significativa

IA : Índice de acuerdo

El análisis de ítems a través del juicio de expertos, revela Coherencia, presentando veintinueve ítems índices de Aiken altamente significativos ( $p < .01$ ), y diez correlaciones significativas ( $p < .05$ ); Lo que indica que los ítems están relacionados con lo que se está midiendo, en el Cuestionario de Salud Mental Positiva (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Coeficiente de Aiken para la validez de contenido en coherencia de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	V de Aiken	Sig.(p)
item1	0.91	.001**
item2	1.00	.001**
item3	0.91	.001**
item4	1.00	.001**
item5	1.00	.001**
item6	0.95	.001**
item7	1.00	.001**
item8	1.00	.001**
item9	0.91	.001**
item10	1.00	.001**
item11	0.95	.001**
item12	1.00	.001**
item13	1.00	.001**
item14	0.83	.049*
item15	0.80	.049*
item16	1.00	.001**
item17	0.87	.049*
item18	0.83	.049*
Ítem 19	1.00	.001**
Ítem 20	0.91	.049*
Ítem 21	1.00	.001**
Ítem 22	1.00	.001**
Ítem 23	0.95	.001**
Ítem 24	1.00	.001**
Ítem 25	0.95	.001**
Ítem 26	1.00	.001**
Ítem 27	0.87	.049*
Ítem 28	0.91	.001**
Ítem 29	0.87	.049*
Ítem 30	0.87	.049*
Ítem 31	0.83	.049*
Ítem 32	1.00	.001**
Ítem 33	1.00	.001**
Ítem 34	1.00	.001**
Ítem 35	1.00	.001**
Ítem 36	0.91	.001**
Ítem 37	0.95	.001**
Ítem 38	0.87	.049*
Ítem 39	1.00	.001**

*Nota:*

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\* $p < .01$ : Muy significativa

\* $p < .05$ : Significativa

IA : Índice de acuerdo

### 3.1.2. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

#### A) ANÁLISIS DE ÍTEMS

El análisis de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva en una muestra de 403 practicantes pre-profesionales de Psicología, realizado con el coeficiente de correlación ítem-test corregido, que emplea para su cálculo la correlación de Pearson (Tabla5), permiten establecer que el cuestionario presenta garantía psicométrica en este aspecto de la validez, puesto que los ítems que lo constituyen presentan índices ítem-test, que correlacionan muy significativos ( $p < .01$ ) y directamente con sus respectivas escalas y con el test global.

#### Satisfacción personal

Los coeficientes ítem-test de todos los ítems de la escala correlacionan positivamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, mostrando todos los ítems un nivel de discriminación muy bueno (Tabla 5); resultados que ratificarían que los ítems de la escala ítems miden lo mismo puesto debido a que las respuestas tienden a covariar, es decir, hay coherencia en las respuestas a estos ítems.

**Tabla 5**

*Correlación ítem-test corregido en la escala Satisfacción Personal de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
ítem04	.509 **	Muy bueno
ítem06	.508 **	Muy bueno
ítem07	.753 **	Muy bueno
ítem12	.812 **	Muy bueno
ítem14	.805 **	Muy bueno
ítem31	.821 **	Muy bueno
ítem38	.591 **	Muy bueno
ítem39	.676 **	Muy bueno

*Nota:*

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND : Nivel de discriminación

\*\* :  $p < .01$  Muy significativa

### **Actitud Prosocial**

En esta escala los índices de homogeneidad de los ítems de la escala actitud prosocial correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con un nivel de discriminación bueno y muy bueno, con valores que fluctúan entre .329 a .555 (Tabla 6); De los resultados obtenidos indicaría que los ítems de la escala diferencian bien a los integrantes de la muestra.

**Tabla 6**

*Correlación ítem-test corregido en la escala Actitud prosocial de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
Ítem 1	.456 **	Muy bueno
Ítem 3	.329 **	Bueno
Ítem 22	.555 **	Muy bueno
Ítem 25	.565 **	Muy bueno
Ítem 37	.582 **	Muy bueno

*Nota:*

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND : Nivel de discriminación

\*\* :  $p < .01$  Muy significativa

## Autocontrol

En esta escala de la salud mental positiva los índices de Pearson ítem-test corregido, correlacionan directamente y muy significativamente con la puntuación total (Tabla 7), mostrando el total de ítems un nivel de discriminación muy bueno, ningún ítem contribuyó a reatar fiabilidad a la escala, por tanto se podría decir que la escala es coherente en la mediación de lo que pretende medir.

**Tabla 7**

*Correlación ítem-test corregido en la escala Autocontrol de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
Ítem 2	.447 **	Muy bueno
Ítem 5	.648 **	Muy bueno
Ítem 21	.748 **	Muy bueno
Ítem 22	.768 **	Muy bueno
Ítem 26	.619 **	Muy bueno

*Nota:*

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND : Nivel de discriminación

\*\* :  $p < .01$  Muy significativa

### **Autonomía**

Los coeficientes ítem-test corregidos en esta escala calculados con el estadígrafo de Pearson señalan que los ítems correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, mostrando todos los ítems una capacidad de distinguir muy bueno, a los integrantes de la muestra en la población investigada (Tabla 8); De los resultados obtenidos se deduce que las correlaciones obtenidas aportan argumentos a favor de la validez de la escala.

**Tabla 8**

*Correlación ítem-test corregido en la escala Autonomía de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
Ítem 10	.608 **	Muy bueno
Ítem 13	.697 **	Muy bueno
Ítem 19	.622 **	Muy bueno
Ítem 33	.558 **	Muy bueno
Ítem 34	.564 **	Muy bueno

*Nota:*

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND : Nivel de discriminación

\*\* :  $p < .01$  Muy significativa

### **Resolución de problemas y auto Actualización**

Los índices de homogeneidad de los ítems de la escala correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total de la escala, con una capacidad discriminativa muy buena (Tabla 9); Lo que sería un indicativo de que los referidos ítems tienden a medir la misma característica con coherencia.

**Tabla 9**

*Correlación ítem-test corregido en la escala Resolución de problemas y auto actualización de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
Ítem 15	.682 **	Muy bueno
Ítem 16	.704 **	Muy bueno
Ítem 17	.721 **	Muy bueno
Ítem 27	.670 **	Muy bueno
Ítem 28	.673 **	Muy bueno
Ítem 29	.615 **	Muy bueno
Ítem 32	.691 **	Muy bueno
Ítem 35	.544 **	Muy bueno
Ítem 36	.692 **	Muy bueno

*Nota:*

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND : Nivel de discriminación

\*\* :  $p < .01$  Muy significativa

### **Habilidades de relación interpersonales**

Los índices ítem-test corregidos de los ítems de la escala correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total en la escala (Tabla 10), evidenciado que cuatro ítems muestran un nivel muy bueno de discriminación, un ítem un nivel bueno y uno de los ítems presentan un nivel deficiente de discriminación; sin embargo ninguno de ellos contribuye a disminuir la confiabilidad de la escala.

**Tabla 10**

*Correlación ítem-test corregido en la escala Habilidades de relación interpersonales de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Ítem	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
Ítem 8	.618 **	Muy bueno
Ítem 9	.564 **	Muy bueno
Ítem 11	.268 **	Deficiente
Ítem 18	.393 **	Bueno
Ítem 20	.283 **	Deficiente
Ítem 24	.572 **	Muy bueno
Ítem 30	.571 **	Muy bueno

*Nota:*

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND : Nivel de discriminación

\*\* :  $p < .01$  Muy significativa

## B) ANÁLISIS FACTORIAL

El análisis estudio de la estructura factorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva en una muestra de 403 en practicantes pre-profesionales de Psicología de la muestra en estudio, se realizó con el análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de los seis factores, para ratificar la estructura teórica multidimensional propuesta por el autor (Tabla 11). Los resultados establecen que la bondad de ajuste del modelo es buena, según lo califican los índice de ajuste respectivos en cada escala, con valores que oscilan entre .860 a .992, que proporciona desde aproximadamente un buen ajuste a un ajuste muy bueno. Respecto a la hipótesis de que el modelo difiere del modelo nulo, la prueba ji-cuadrado, identifica diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ), respecto al modelo nulo, lo que indicaría que lo ítems que constituyen cada una de las escalas estarían correlacionados. Igualmente, según el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), señala un nivel de ajuste razonable para las escalas Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y auto Actualización por presentar RMSEA entre el 5% y el 10.0%; en tanto que la escala Habilidades de Relación Interpersonales muestra un RMSEA del 18.1%, que es un indicativo que el ajuste del modelo es esta escala no es bueno. Los resultados del análisis factorial confirmatorio con respecto a los factores establecidos por el autor, establecen buena coherencia en las escalas Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y auto Actualización y no muy buena con la escala Habilidades de Relación Interpersonales en la población investigada.

**Tabla 11**

*Prueba de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	Prueba de bondad de ajuste	Índice de ajuste
Satisfacción Personal H <sub>0</sub> : MP = MN H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	$\chi^2 = 1141.9$ $p = .000$ ** $p < .01$	IFI = .980 RESEA = .071
Actitud Prosocial H <sub>0</sub> : MP = MN H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	$\chi^2 = 631.2$ $p = .000$ ** $p < .01$	GFI = .890 RESEA = .093
Autocontrol H <sub>0</sub> : MP = MN H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	$\chi^2 = 843.3$ $p = .000$ ** $p < .01$	MFI = .992 RESEA = .063
Autonomía H <sub>0</sub> : MP = MN H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	$\chi^2 = 441.5$ $p = .000$ ** $p < .01$	MFI = .970 RESEA = .090
Resolución de Problemas y auto Actualización H <sub>0</sub> : MP = MN H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	$\chi^2 = 1712.8$ $p = .000$ ** $p < .01$	IFI = .965 RESEA = .074
Habilidades de Relación Interpersonales H <sub>0</sub> : MP = MN H <sub>1</sub> : MP ≠ MN	$\chi^2 = 951.7$ $p = .000$ ** $p < .01$	GFI = .860 RESEA = .181

+: Nivel de ajuste bueno si su índice de ajuste (GFI), es mayor a .90.

MP: Modelo propuesto

MN: Modelo nulo

H<sub>0</sub>: Modelo propuesto (MP) = Modelo nulo (MN) (Los ítems que constituyen la escala no están correlacionados)

H<sub>1</sub>: Modelo propuesto ≠ Modelo nulo (Los ítems que constituyen la escala están correlacionados)

MN: Modelo nulo

En la Tabla 12, se visualiza las cargas factoriales de los ítems las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, obtenidas con la aplicación del análisis factorial confirmatorio, en practicantes pre-profesionales de Psicología, donde se evidencia que sus valores oscilan entre .213 y .884. La correlación de cada uno de los ítems con el total de cada escala expresa su grado de cohesión, lo que apoya la hipótesis de que cada escala constituye un factor.

**Tabla 12**

*Cargas factoriales de los ítems los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	Factores					
	SP	AP	A	AU	RP	HR
Ítem 04	.536					
Ítem 06	.533					
Ítem 07	.804					
Ítem 12	.878					
Ítem 14	.883					
Ítem 31	.884					
Ítem 38	.601					
Ítem 39	.680					
Ítem 01		.324				
Ítem 03		.232				
Ítem 22		.745				
Ítem 25		.737				
Ítem 37		.844				
Ítem 02			.468			
Ítem 05			.726			
Ítem 21			.840			
Ítem 23			.866			
Ítem 26			.680			
Ítem 10				.719		
Ítem 13				.798		
Ítem 19				.701		
Ítem 33				.614		
Ítem 34				.619		
Ítem 15					.719	
Ítem 16					.759	
Ítem 17					.774	
Ítem 27					.711	
Ítem 28					.712	
Ítem 29					.645	
Ítem 32					.731	
Ítem 35					.572	
Ítem 36					.739	
Ítem 08						.856
Ítem 09						.789
Ítem 11						.250
Ítem 18						.213
Ítem 20						.235
Ítem 24						.732
Ítem 30						.701

Nota:

SP : Satisfacción personal      Au : Autonomía  
 AP : Actitud prosocial          RP : Resolución de problemas y auto actualización  
 A : Autocontrol                  HR : Habilidades de relación interpersonales

En la tabla 13, se presentan los valores que corresponden a las varianzas explicadas obtenidas en la validación del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología, mediante la aplicación del análisis factorial confirmatorio. Los resultados dan cuenta que los ítems con valores más altos en la varianza explicada, son los que explican mejor la variabilidad de la escala a la que pertenece el ítem.

**Tabla 13**

*Varianzas explicadas de los ítems de los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	Factores					
	SP	AP	A	AU	RP	HR
Ítem 04	.287					
Ítem 06	.284					
Ítem 07	.646					
Ítem 12	.771					
Ítem 14	.780					
Ítem 31	.781					
Ítem 38	.361					
Ítem 39	.463					
Ítem 01		.105				
Ítem 03		.054				
Ítem 22		.555				
Ítem 25		.543				
Ítem 37		.713				
Ítem 02			.219			
Ítem 05			.528			
Ítem 21			.705			
Ítem 23			.749			
Ítem 26			.462			
Ítem 10				.517		
Ítem 13				.636		
Ítem 19				.492		
Ítem 33				.377		
Ítem 34				.383		
Ítem 15					.517	
Ítem 16					.577	
Ítem 17					.600	
Ítem 27					.505	
Ítem 28					.507	
Ítem 29					.415	
Ítem 32					.534	
Ítem 35					.327	
Ítem 36					.547	
Ítem 08						.732
Ítem 09						.623
Ítem 11						.023
Ítem 18						.045
Ítem 20						.018
Ítem 24						.536
Ítem 30						.492

Nota:

SP : Satisfacción personal      Au : Autonomía  
 AP : Actitud prosocial          RP : Resolución de problemas y auto actualización  
 A : Autocontrol                  HR : Habilidades de relación interpersonales

En la Tabla 14, se visualiza las cargas factoriales de los ítems las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, obtenidas con la aplicación del análisis factorial confirmatorio, en practicantes pre-profesionales de Psicología; observando que varios de los ítems se desplazan a otros factores, por tanto no se corrobora la estructura original del test según el análisis factorial confirmatorio.

**Tabla 14**

*Cargas factoriales de los ítems los factores con Aplcacion de Analisis Factorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Ítem 04		.580				
Ítem 06		.529				
Ítem 07		.810				
Ítem 12		.859				
Ítem 14		.862				
Ítem 31		.878				
Ítem 38		.627				
Ítem 39		.687				
Ítem 01		.506				
Ítem 03		.646				
Ítem 22						.615
Ítem 25						.727
Ítem 37						.668
Ítem 02					.667	
Ítem 05					.615	
Ítem 21					.673	
Ítem 23					.665	
Ítem 26					.513	
Ítem 10				.766		
Ítem 13				.733		
Ítem 19				.754		
Ítem 33				.478		
Ítem 34				.494		
Ítem 15	.727					
Ítem 16	.704					
Ítem 17	.732					
Ítem 27	.717					
Ítem 28	.748					
Ítem 29	.702					
Ítem 32	.750					
Ítem 35	.630					
Ítem 36	.730					
Ítem 08			.820			
Ítem 09			.775			
Ítem 11	.584					
Ítem 18	.622					
Ítem 20	.588					
Ítem 24			.754			
Ítem 30			.724			

En la Tabla 15, se muestran las varianzas explicadas, que reporta el análisis factorial confirmatorio, de las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva según análisis factorial confirmatorio en practicantes pre-profesionales de Psicología; observando que la escala Satisfacción Personal explica el mayor porcentaje de la variabilidad (25.9%), Actitud Prosocial explica el 18.2% de variabilidad, Autocontrol el 4.8%, Control emocional el 4.2%, Resolución de Problemas y auto Actualización explica el 3.7% y finalmente la escala Habilidades de Relación Interpersonales que explica solamente el 2.8% de variabilidad; cuanto mayor sea su valor porcentual de la varianza explicada mayor será la explicación de la variabilidad por parte del factor. Se evidencia también en la tabla que el porcentaje acumulados de varianza explicada por los seis factores es del 59.5%.

**Tabla 15**

*Porcentaje de varianza explicada por las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, según análisis factorial confirmatorio en practicantes pre-profesionales de Psicología*

<b>Escala</b>	<b>% de varianza explicada</b>	<b>% de la varianza acumulado</b>
Satisfacción Personal	25.9	25.9
Actitud Prosocial	18.2	44.1
Autocontrol	4.8	48.9
Autonomía	4.2	53.1
Resolución de Problemas y auto Actualización	3.7	56.8
Habilidades de Relación Interpersonales	2.8	59.5

### C) VALIDEZ CONGRUENTE

En cuanto a la validez congruente se evaluó la correlación del Cuestionario de Salud Mental Positiva, con la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) usando las escalas de Bienestar Subjetivo y el Bienestar Laboral, en una muestra de 180 practicantes pre-profesionales de Psicología de Trujillo, calculando la correlación de Spearman (tabla 16), determinando que ambas escalas correlacionaron muy significativamente ( $p < .01$ ), en nivel medio con el bienestar subjetivo y con el bienestar laboral; presentando una mayor intensidad de relación a nivel global la salud mental positiva y la escala Resolución de Problemas y auto Actualización, con el bienestar subjetivo. Igualmente se identifica una correlación algo más alta de la salud mental positiva y la escala autonomía con el bienestar laboral.

**Tabla 16**

*Correlación de las puntuaciones en las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, con el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Laboral en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	n	Bienestar subjetivo	Nivel	Bienestar Laboral	Nivel
Satisfacción Personal	180	.491**	Medio	.456**	Medio
Actitud Prosocial	180	.605**	Medio	.549**	Medio
Autocontrol	180	.548**	Medio	.454**	Medio
Autonomía	180	.566**	Medio	.606**	Medio
Resolución de Problemas y auto Actualización	180	.658**	Fuerte	.490**	Medio
Habilidades de Relación Interpersonales	180	.568**	Medio	.480**	Medio
Test total	180	.743**	Fuerte	.613**	Medio

*Nota:*

- n : Número de estudiantes en la muestra
- + : Coeficiente de correlación de Spearman
- \*\* :  $p < .01$  Muy significativa

## 3.2 CONFIABILIDAD

### 3.2.1 CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA

La confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva por consistencia interna evaluada través del método Alfa de Cronbach en una muestra de 403 practicantes pre-profesionales de Psicología (Tabla 17), determina una confiabilidad elevada del instrumento en la población investigada; una confiabilidad muy buena en las escalas: Satisfacción Personal, Autocontrol, Autonomía y, Resolución de Problemas y auto Actualización; y una confiabilidad respetable en las escalas: Actitud Prosocial y Habilidades de Relación Interpersonales. A partir de estos índices se puede concluir que el este Cuestionario de Salud Mental Positiva, presenta consistencia interna y que todos los ítems son relevantes, puesto que la eliminación de alguno de los ellos disminuiría la confiabilidad.

**Tabla 17**

*Coficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	n	Coficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Nivel
Satisfacción Personal	8	.896	Muy bueno
Actitud Prosocial	5	.732	Respetable
Autocontrol	5	.840	Muy bueno
Autonomía	5	.817	Muy bueno
Resolución de Problemas y auto Actualización	9	.898	Muy bueno
Habilidades de Relación Interpersonales	7	.750	Respetable
Test total	39	.922	Elevado

*Nota:*

- Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta
- \*\*p<.01 : Muy significativa
- $\alpha$  : Coficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach

### 3.2.2 CONFIABILIDAD POR ESTABILIDAD

La evaluación de la confiabilidad por estabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva mediante el método de test-retest, procesada con el estadígrafo de Pearson en una muestra de 180 practicantes pre-profesionales de Psicología (Tabla 18), se establece una estabilidad muy fuerte en el test total y en las escalas: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y auto Actualización y Habilidades de Relación Interpersonales; a partir de los resultados obtenidos se establece que el cuestionario de Salud mental positiva posee buenas propiedades psicométricas en términos de la estabilidad.

**Tabla 18**

*Coefficiente de Confiabilidad Test-retest del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	n	Coefficiente de Correlación test-retest	Sig.(p)	Nivel
Satisfacción Personal	180	.883	.000**	Muy fuerte
Actitud Prosocial	180	.822	.000**	Muy fuerte
Autocontrol	180	.876	.000**	Muy fuerte
Autonomía	180	.946	.000**	Muy fuerte
Resolución de Problemas y auto Actualización	180	.948	.000**	Muy fuerte
Habilidades de Relación Interpersonales	180	.866	.000**	Muy Fuerte
Test total	180	.910	.000 **	Muy fuerte

*Nota:*

- n : Número de estudiantes en la muestra
- r : Coeficiente de correlación test-retest
- Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta
- \*\*p<.01 : Muy significativa

### 3.3 NORMAS

Previamente a la elaboración de las normas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, en practicantes pre-profesionales de Psicología, se realizaron pruebas preliminares tales como: la prueba de normalidad para establecer el uso de la prueba paramétrica t de Student o de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney en la comparación de los promedios según género de los integrantes de la muestra. Es así como la Tabla 19, muestra que las puntuaciones obtenidas por 403 practicantes pre-profesionales de Psicología participantes en la investigación, la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov identifica diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ), entre la distribución, según género, de la Salud mental positiva y de los factores: Satisfacción personal, Actitud prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y auto actualización y Habilidades de relación interpersonales, con la distribución normal. De los resultados obtenidos al evaluar la normalidad en las escalas de Salud Mental Positiva, quedó establecido, que en el proceso estadístico de comparación se debería usar la prueba estadística paramétrica U de Mann Whitney.

**Tabla 19**

*Prueba Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones en el Cuestionario de Salud Mental Positiva, en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	Género	n	K-S	Sig.
Satisfacción personal	Masculino	85	.237	.000 **
	Femenino	318	.179	.000 **
Actitud prosocial	Masculino	85	.139	.000 **
	Femenino	318	.152	.000 **
Autocontrol	Masculino	85	.165	.000 **
	Femenino	318	.094	.000 **
Autonomía	Masculino	85	.149	.000 **
	Femenino	318	.136	.000 **
Resolución de problemas y autoactualización	Masculino	85	.228	.000 **
	Femenino	318	.099	.000 **
Habilidades de Relación Interpersonales	Masculino	85	.103	.025 *
	Femenino	318	.145	.000 **

*Nota:*

- n : Tamaño de muestra
- K-S : Estadístico de Kolmogorov-Smirnov
- Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta
- \*\* $p < .01$  : Muy significativa
- \* $p < .05$  : Significativa

En la comparación del promedio en salud mental positiva de varones y mujeres (Tabla 20), que constituyen la muestra de los 403 practicantes pre-profesionales de Psicología, haciendo uso de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, se determina que la prueba no detecta diferencia significativa ( $p > .05$ ), en los integrantes de ambos sexos, en la puntuación total en el Test y en las escalas: Satisfacción personal, Actitud prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y auto actualización y Habilidades de relación interpersonales, situación que justifica la elaboración de normas generales.

Tabla 20

*Comparación de promedios en el Cuestionario de Salud Mental Positiva, practicantes pre-profesionales de Psicología, según género*

	Género	n	Rango medio	Prueba	Sig.(p)
Satisfacción personal	Masculino	85	201.48	Z= -.047	.963
	Femenino	318	202.14		
	Total	403			
Actitud prosocial	Masculino	85	199.61	Z= -.215	.830
	Femenino	318	202.64		
	Total	403			
Autocontrol	Masculino	85	222.54	Z= -1.843	.066
	Femenino	318	196.51		
	Total	403			
Autonomía	Masculino	85	181.63	Z= -1.827	.068
	Femenino	318	207.44		
	Total	403			
Resolución de problemas y autoactualización	Masculino	85	211.42	Z= -.842	.400
	Femenino	318	199.48		
	Total	403			
Habilidades de Relación Interpersonales	Masculino	85	212.24	Z= -.917	.359
	Femenino	318	199.26		
	Total	403			
Salud mental	Masculino	85	209.78	Z= -.693	.488
	Femenino	318	199.92		
	Total	403			

Nota:

- n : Tamaño de muestra
- Z : Valor Z de la distribución normal estandarizada
- Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta
- $p > .05$  : No significativa

Las normas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, fueron elaboradas en percentiles, en base una muestra constituida por 403 practicantes pre-profesionales de Psicología (Tabla 21), para ambos sexos, puesto que la prueba no paramétrica U de Mann Whitney indica que no existe evidencia de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en las puntuaciones medias obtenidas por los varones y las mujeres en los integrantes de la muestra.

**Tabla 21**

*Normas en percentiles del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

Pc	Puntuación directa (n=403)							Pc
	Total	SP	AP	A	Su	RP	HR	
<b>99</b>	142-156	29-32	20	20	19	37	28	<b>99</b>
<b>98</b>	135	26	20	20	15	36	26	<b>98</b>
<b>97</b>	128	25	18	20	15	36	24	<b>97</b>
<b>95</b>	122	24	18	19	15	36	24	<b>95</b>
<b>90</b>	114	23	17	18	13	35	23	<b>90</b>
<b>85</b>	110	20	16	18	12	34	22	<b>85</b>
<b>80</b>	107	17	16	17	12	33	21	<b>80</b>
<b>75</b>	105	15	15	16	11	32	20	<b>75</b>
<b>70</b>	102	14	15	16	10	32	20	<b>70</b>
<b>65</b>	100	13	15	15	10	31	19	<b>65</b>
<b>60</b>	99	13	15	15	10	31	18	<b>60</b>
<b>55</b>	98	12	14	15	9	30	17	<b>55</b>
<b>50</b>	97	11	14	15	9	30	17	<b>50</b>
<b>45</b>	95	11	14	14	9	29	16	<b>45</b>
<b>40</b>	94	11	13	14	8	28	16	<b>40</b>
<b>35</b>	92	10	13	13	8	27	16	<b>35</b>
<b>30</b>	91	10	13	13	8	27	16	<b>30</b>
<b>25</b>	90	9	12	12	7	26	15	<b>25</b>
<b>20</b>	88	9	12	12	7	26	15	<b>20</b>
<b>15</b>	86	9	11	11	6	24	14	<b>15</b>
<b>10</b>	82	9	10	10	6	22	14	<b>10</b>
<b>5</b>	69	8	6	8	5	18	11	<b>5</b>
<b>3</b>	46	8	5	7	5	11	9	<b>3</b>
<b>2</b>	44	8	5	6	5	10	8	<b>2</b>
<b>1</b>	40-43	8	5	5	5	9	7	<b>1</b>
n	403	403	403	403	403	403	403	n
$\bar{x}$	96.6	13.3	13.7	14.3	9.2	28.7	17.4	$\bar{x}$
Dt	16.5	3.2	3.0	3.2	3.0	5.6	3.9	Dt

*Nota:*

- |           |                         |    |  |
|-----------|-------------------------|----|--|
| SP        | : Satisfacción personal | Au | : Autonomía                                    |
| AP        | : Actitud prosocial     | RP | : Resolución de problemas y auto actualización |
| A         | : Autocontrol           | HR | : Habilidades de relación interpersonales      |
| Pc        | : Percentil             |    |  |
| n         | : Tamaño de muestra     |    |  |
| $\bar{x}$ | : Media aritmética      |    |  |
| DE        | : Desviación estándar   |    |  |

**Tabla 22**

*Puntos de corte en la puntuación directa en el Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	<b>Pc</b>	<b>P. Directas</b>	<b>Nivel</b>
<b>Test total</b>	1 - 25	< 91	Bajo
	26 - 75	91 - 105	Medio
	76 - 99	> 105	Alto
Satisfacción personal	1 - 25	< 10	Bajo
	26 - 75	10 - 15	Medio
	76 - 99	> 15	Alto
Actitud Prosocial	1 - 25	< 13	Bajo
	26 - 75	13 - 15	Medio
	76 - 99	> 15	Alto
Autocontrol	1 - 25	< 13	Bajo
	26 - 75	13 - 16	Medio
	76 - 99	> 16	Alto
Autonomía	1 - 25	< 8	Bajo
	26 - 75	8 - 11	Medio
	76 - 99	> 11	Alto
Resolución de problemas y auto actualización	1 - 25	< 27	Bajo
	26 - 75	27 - 32	Medio
	76 - 99	> 32	Alto
Habilidades de relación interpersonales	1 - 25	< 16	Bajo
	26 - 75	16 - 20	Medio
	76 - 99	> 20	Alto

*Nota:*

SP : Satisfacción personal      Au : Autonomía  
 AP : Actitud prosocial          RP : Resolución de problemas y auto actualización  
 A : Autocontrol                  HR : Habilidades de relación interpersonales

### 3.4 DESCRIPTIVO

#### 3.4.1 SALUD MENTAL POSITIVA

Al realizar un análisis descriptivo a una muestra de 180 practicantes pre-profesionales de Psicología (Tabla 23), se evidencia que el promedio en Salud Mental Positiva y en sus escalas: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía y, Resolución de Problemas y Habilidades de relación Interpersonales, se ubican en un nivel medio; Se observa también que la mayor puntuación estándar promedio corresponde a la escala satisfacción personal y la menor a la escala actitud prosocial. En cuanto a la dispersión de las puntuaciones respecto a su media aritmética, se percibe que las puntuaciones en el test global presentan la menor heterogeneidad y la mayor la presenta la escala autonomía.

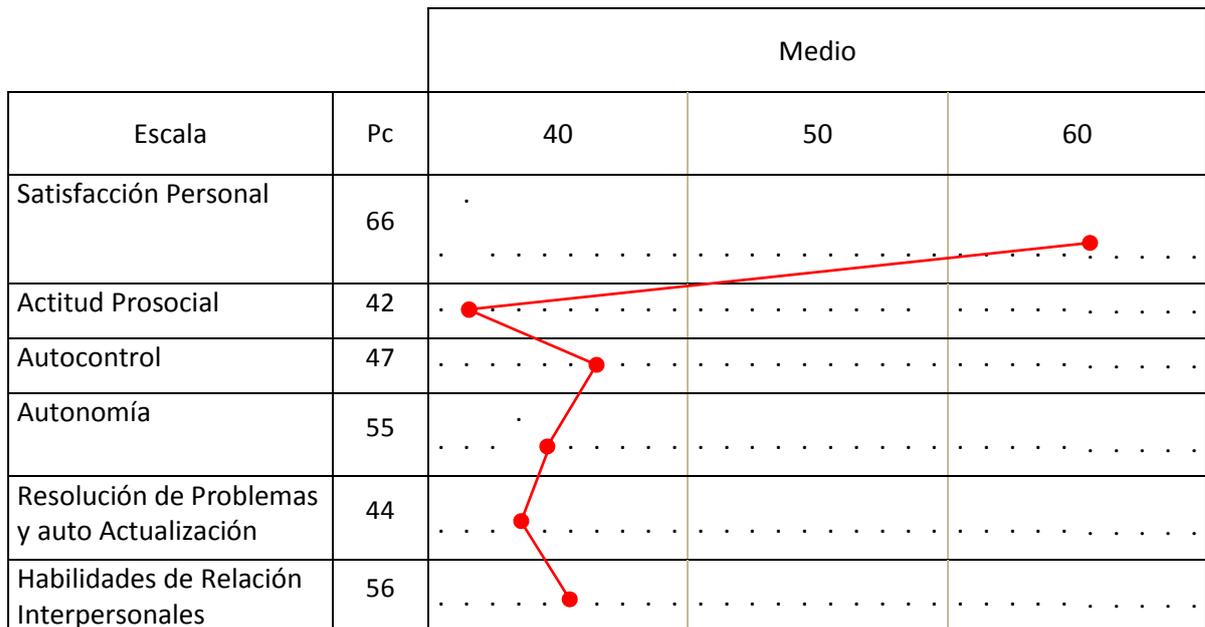
**Tabla 23**

*Estadísticos descriptivos y nivel de Salud mental positiva, en practicantes pre-profesionales de Psicología*

	n	$\bar{x}$	DS	CV%	Pc	Nivel
Satisfacción Personal	180	13.2	3.0	22.7	66	Medio
Actitud Prosocial	180	13.4	2.8	20.6	42	Medio
Autocontrol	180	14.3	3.0	21.3	47	Medio
Autonomía	180	9.1	3.0	32.4	55	Medio
Resolución de Problemas y auto Actualización	180	28.8	5.3	18.4	44	Medio
Habilidades de Relación Interpersonales	180	17.2	3.6	20.9	56	Medio
Test total	180	95.9	15.0	15.6	49	Medio

*Nota:*

- n : Tamaño de muestra
- $\bar{x}$  : Media aritmética
- DS : Desviación estándar
- CV% : Coeficiente de variación porcentual
- Pc : Percentil



Nota:

Fuente : Elaborado en base a tabla 18

Pc : Percentil

**Figura 1.- Perfil de la puntuación media de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología**

Apreciando el Perfil podemos detallar que los alumnos practicantes pre-profesionales de psicología, presentan niveles medios en todas las escalas, indicando mayor predisposición en apreciar y sentir una adecuada calidad de vida y bienestar, experimentando satisfacción en diferentes esferas de la vida; seguida de la habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindando apoyo emocional interpersonal, capacidad adecuada para mantener relaciones interpersonales satisfactorias evidenciando un adecuado entrenamiento de las habilidades sociales lo que facilitaría de manera aceptable sus niveles de competencia social. Presentan capacidad media para tener criterios propios, independencia, confianza y seguridad en sí mismos y capacidad de autorregular su propia conducta. Así como capacidad promedio para mantener el equilibrio emocional, manejo del estrés y adecuado funcionamiento adaptativo, presentando habilidades esenciales para posponer o demorar la gratificación y conseguir objetivos que requieren un trabajo continuado. Y adecuada habilidad para solucionar problemas, competencia social, auto eficacia, autoestima, optimizando su funcionamiento personal.

#### **IV. DISCUSIÓN:**

El término salud mental es el concepto que a través del tiempo ha sido comúnmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la actualidad, cada vez se hace más necesario superar los conceptos de salud mental focalizados en la prevención o el tratamiento y avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo (Lluch, 2004). En este sentido es que surge el constructo de Salud Mental Positiva concebido como el resultado de la interacción de factores psicosociales de las personas que le facilitan alcanzar un alto nivel de bienestar, de funcionamiento óptimo e implica la promoción de sus cualidades facilitando su máximo desarrollo, potencial que está determinado por la presencia de los factores satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal. (Lluch, 1999).

Con el propósito de llevar a cabo la presente investigación se realizó el estudio de carácter psicométrico que tuvo como finalidad determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva , a través del análisis de la validez de contenido por el método de criterio de jueces, validez de constructo por el método de correlación ítem-factor corregido, análisis factorial confirmatorio y método de congruencia; así como la confiabilidad por consistencia interna a través del método Alfa de Cronbach y por Estabilidad a través del método Test Re-test, la elaboración de baremos percentilares generales; además de la determinar los niveles de salud mental positiva, en una población de 403 alumnos practicantes Profesionales de Psicología de Trujillo.

Respecto a la Validez de Contenido, Escobar Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008) la definen como, la medida en que un instrumento irradia un dominio específico del contenido de lo que se pretende medir; sin supresiones y sin desequilibrios de contenido. Es así que la validez de contenido generalmente se evalúa a través de un cuadro o juicio de expertos. En este sentido el juicio de expertos se define como la opinión entendida de personas con trayectoria y experiencia en el tema, que son distinguida por otros como expertos calificados en éste, y que pueden dar referencia, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar et al., 2008). Los resultados del juicio de ocho expertos fueron evaluados con el estadístico de V de Aíken, respecto a la claridad y coherencia de los ítems que constituyen el Cuestionario de Salud Mental Positiva. El análisis respecto a la claridad revela coeficientes de Aíken altamente significativas ( $p < .01$ ), en

treinta y seis ítems, y en tres ítems los índices son significativos ( $p < .05$ ), lo que sería una evidencia de semántica y sintaxis adecuada. En cuanto a relevancia, encontramos en veintisiete ítems coeficientes de Aiken altamente significativas ( $p < .01$ ), en doce ítems correlaciones significativas ( $p < .05$ ). Lo que indica que los ítems son claros e importantes y deben ser incluidos en el Cuestionario de Salud Mental Positiva. En coherencia se alcanzan Índices de acuerdo entre 80 y 100%, presentando veintinueve ítems con índices de Aiken altamente significativos ( $p < .01$ ), y diez correlaciones significativas ( $p < .05$ ); Lo que indica que los ítems están relacionados con lo que se está midiendo. Al contrastar la validez obtenida con la investigación de Lluch (1999) sobre la Construcción del Cuestionario de Salud Mental Positiva, quien realizó validez de contenido, los expertos consultados analizaron el cuestionario inicial aplicando criterios de relevancia y representatividad para evaluar la adecuación del contenido de los ítems a los subfactores. Cada uno de los expertos llevó a cabo el análisis de forma independiente y éste se realizó antes de la presentación de la escala. Estas valoraciones coinciden con los resultados del análisis psicométrico: reducción del cuestionario a 39 ítems. El juicio de expertos señaló que los factores obtenidos son coherentes con los conceptos de salud mental reflejados de forma habitual en la bibliografía (Lluch, 1999).

En relación a la validez de Constructo, podemos entenderla como el grado en que cada instrumento evidencia el constructo que dice medir, procesando operativamente cuando el usuario desea hacer deducciones sobre las conductas o atributos que pueden agruparse en el rótulo de un constructo particular (Aliaga, 2008, p. 96); es así que al observar el análisis de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva realizado con el coeficiente de correlación ítem-test corregido, que emplea para su cálculo la correlación de Pearson, permiten establecer que el cuestionario presenta garantía psicométrica en este aspecto de la validez, puesto que los ítems que lo constituyen presentan índices ítem-test, que correlacionan muy significativos ( $p < .01$ ) y directamente con sus respectivas escalas y con el test global. En este sentido Ajit, Subramaniam, Ann, Abdin, Orlando, Louisa, Wei, Yen, Yiang, YS & Sherbourne (2011), en su investigación, obtienen coeficientes de inter correlación entre las seis escalas, demostrando estar completamente correlacionadas con la escala general, oscilando entre .65 a .81. Demostrando que los ítems miden el constructo. Como la investigación de Mendo (2014) quien corrobora esta información encontrando diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ) entre ítems y escalas; observándose que los índices de correlación ítem-test para la validez de constructo obtiene coeficientes mayores o iguales a 0.20, considerándose aceptable. (Kline,

1982; citado por Tapia y Luna, 2010). Además analizando de forma más precisa, podemos encontrar que Los coeficientes ítem-test de todos los ítems de la escala de Satisfacción Personal correlacionan positivamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, mostrando todos los ítems un nivel de discriminación muy bueno, con puntuaciones que fluctúan entre .508 y .753, resultados que ratificarían que los ítems de la escala ítems miden lo mismo debido a que las respuestas tienden a covariar, es decir, hay coherencia en las respuestas a estos ítems. Así mismo los índices de homogeneidad de los ítems de la escala actitud prosocial correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con un nivel de discriminación muy bueno y bueno, con valores que fluctúan entre .329 a .555; de los resultados obtenidos indicaría que los ítems de la escala diferencian bien a los integrantes de la muestra. En la escala de Autocontrol los ítems correlacionan directamente y muy significativamente con la puntuación total, mostrando el total de ítems un nivel de discriminación muy bueno, ningún ítem contribuyó a reatar fiabilidad a la escala, por tanto se podría decir que la escala es coherente en la mediación de lo que pretende medir, ubicando puntuaciones entre .447 y .768; los ítems de la escala de Autonomía correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, mostrando todos los ítems una capacidad de distinguir muy bien y bien a los integrantes de la muestra en la población investigada; ubicando puntuaciones que van desde .558 a .697;. Los índices de homogeneidad de los ítems de la escala de Resolución de Problemas y Autoactualización correlacionan directamente y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total de la escala, con una capacidad discriminativa muy buena y buena, evidenciando puntuaciones que fluctúan entre .554 y .721. En la escala de habilidades de relación interpersonal sin embargo se obtienen 2 ítems deficientes, los cuales no afectan la confiabilidad de la escala, por ello se mantienen. Esta información es consistente con la encontrada por Lluçà (1999), quien observa que todos los factores correlacionan con la escala global, con valores estadísticamente significativos ( $p > .05$ ), donde el factor F5 (“Resolución de problemas y auto actualización”) es el que tiene un valor más elevado ( $r = 0.83$ ). Los factores “Satisfacción personal” (F1), “Autocontrol” (F3), “Autonomía” (F4) y “Habilidades de relación interpersonal” correlacionan con un rango que va de 0.66 a 0.77. El factor F2 (“Actitud pro social”) es el que presenta una 27 correlación más moderada, aunque estadísticamente significativa ( $r = 0.41$ ;  $p < 0,001$ ). Podemos concluir que de los resultados obtenidos se deduce que las correlaciones obtenidas aportan argumentos a favor de la validez de la escala.

El análisis psicométrico de la estructura factorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología de la muestra en estudio, se realizó con el análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de los seis factores, para ratificar la estructura teórica multidimensional propuesta por el autor. Los resultados establecen que la bondad de ajuste del modelo es buena, según lo califican los índice de ajuste respectivos en cada escala, con valores que oscilan entre .860 a .980, que proporciona desde aproximadamente un buen ajuste a un ajuste muy bueno (Hernández et al., 2010). Respecto a la hipótesis de que el modelo difiere del modelo nulo, la prueba ji-cuadrado, identifica diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ), respecto al modelo nulo, lo que indicaría que los ítems que constituyen cada una de las escalas estarían correlacionados. Igualmente, según el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), señala un nivel de ajuste razonable para las escalas Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y auto Actualización por presentar RMSEA entre el 5% y el 10.0%; en tanto que la escala Habilidades de Relación Interpersonales muestra un RMSEA del 18.1%, que es un indicativa que el ajuste del modelo es esta escala no es bueno. Los resultados del análisis factorial confirmatorio con respecto a los factores establecidos por el autor, establecen buena coherencia en las escalas Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y auto Actualización y no muy buena con la escala Habilidades de Relación Interpersonales en la población investigada. Además las cargas factoriales de los ítems las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, obtenidas con la aplicación del análisis factorial confirmatorio evidencian que sus valores oscilan entre .213 y .884. La correlación de cada uno de los ítems con el total de cada escala expresa su grado de cohesión, lo que apoya la hipótesis de que cada escala constituye un factor, las varianzas explicadas obtenidas en la validación del Cuestionario de Salud Mental, dan cuenta que los ítems con valores más altos en la varianza explicada, son los que explican mejor la variabilidad de la escala a la que pertenece el ítem. Sin embargo al analizar las varianzas explicadas de las dimensiones, que reporta el análisis factorial confirmatorio,; la escala Satisfacción Personal explica el mayor porcentaje de la variabilidad (25.9%), Actitud Prosocial explica el 18.2% de variabilidad, Autocontrol el 4.8%, Control emocional el 4.2%, Resolución de Problemas y auto Actualización explica el 3.7% y finalmente la escala Habilidades de Relación Interpersonales que explica solamente el 2.8% de variabilidad; cuanto mayor sea su valor porcentual de la varianza explicada mayor será la explicación de la variabilidad por parte del factor. Se evidencia también en la tabla que el porcentaje acumulados de varianza explicada por los seis factores es del 59.5%. Visualizándose así que

las cargas factoriales de los ítems las escalas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, observándose que varios de los ítems se desplazan a otros factores, por tanto no se corrobora la estructura original del test según el análisis factorial confirmatorio por lo que se tendría que enriquecer sobre todo el Último factor con ítems más representativos para la cultura.

En el cuestionario original, los seis factores extraídos explican el 46,8 % de la varianza total del cuestionario. Se puede observar, el factor 1 es el que explica un mayor porcentaje (23,1%) mientras que los otros cinco factores participan en un porcentaje mucho menor, que va del 6,7% al 3,8%. *Factor 1 "Satisfacción personal"*: queda configurado por un total de 8 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.53 y 0.76. El *Factor 2 "Actitud prosocial"*: está formado por 5 ítems, con un nivel de saturación que oscila entre 0.42 y 0.68. El *Factor 3 "Autocontrol"*: está compuesto por 5 ítems, con un rango de saturación que va de 0.42 a 0.78. El *Factor 4 "Autonomía"*: consta de 5 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.41 y 0.77. El *Factor 5 "Resolución de problemas y autoactualización"*: tiene 9 ítems, con un valor de saturación que oscila entre 0.43 y 0.67. *Factor 6 "Habilidades de relación interpersonal"*: está formado por 7 ítems, con un rango de saturación comprendido entre 0.62 y 0.44. Los datos contrastados con la estructura de la Construcción del Cuestionario original detallado por Lluch (1999) arrojan de forma similar como parte de ella el análisis estadístico de los 6 factores encontrados, donde el análisis factorial acepta todos los ítems, ya que estos alcanzan una saturación igual o superior a .40. Resaltando que el último factor también evidencia los coeficientes más bajos de todo el análisis factorial. Asimismo, se observa que todos los factores correlacionan con la escala global, con valores estadísticamente significativos ( $p > .05$ ); de igual forma el estudio de Ajit, et al. (2011), obtienen una coeficiente de inter correlación entre las seis escalas, demostrando estar completamente correlacionadas con la escala general, oscilando entre .65 a .81. Podemos afirmar que los resultados del análisis factorial confirmatorio ratifican la estructura teórica del modelo en la muestra investigada.

Posteriormente, al analizar las propiedades de validez obtenidas para el Cuestionario de Salud Mental Positiva en este estudio y el realizado por Lluch (1999), se determina que el Cuestionario es un instrumento psicológico que mide el constructo para el cual fue construido, debido a que pasó por diferentes métodos de análisis de validez, dado que la autora mencionada anteriormente trabajó el análisis factorial exploratorio y correlación Escala-Test y entre factores; y en el presente estudio, tal y como se había mencionado, se utilizó la validez e ítem-

Escala corregido, concluyendo de esta forma que todos los métodos sustentan un buen nivel de discriminación (Kline, 1995) para la aplicación del instrumento en la realidad que se ha evaluado.

En cuanto a la validez congruente se puede explicar que al aplicar dos test que miden la misma cualidad y establecer la relación existente entre ambos resultados; aclarando que la correlación debe ser significativa o alta” (Abanto, 2015), se evaluó la correlación del Cuestionario de Salud Mental Positiva, con el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Laboral, en una muestra de 180 practicantes pre-profesionales de Psicología de Trujillo, teniendo en cuenta la recomendación del autor Lluch (2000) argumenta el hecho de que el modelo aún se debería someter a revisión, se propuso este método de estudio.

Calculando la correlación de Spearman, determinando que ambas escalas correlacionaron muy significativamente ( $p < .01$ ), en nivel medio con el bienestar subjetivo y con el bienestar laboral; presentando una mayor intensidad de relación a nivel global la salud mental positiva y la escala Resolución de Problemas y auto Actualización, con el bienestar subjetivo. Igualmente se identifica una correlación más alta de la salud mental positiva y la escala autonomía con el bienestar laboral.

Al hablar de confiabilidad, Aliaga (2008, p. 92) propone que debe ser entendida como la exactitud con que el test mide lo que pretende medir, en una población señalada y en las condiciones normales de aplicación. Para ello se utilizó el método de Consistencia Interna a través del Coeficiente Alfa de Cronbach concebida como la media de la correlación entre todos los reactivos que conforman un test (Alarcón, 2008, p. 283), donde el test total obtuvo un coeficiente  $\alpha = .922$ , la cual según el criterio De Vellis (1991) se ubica en una categoría Elevado, coincidiendo con lo expuesto por los Mendo (2014), en su antecedente los cuales determinaron en su estudio que el Cuestionario de Salud Mental Positiva es confiable ( $\alpha = .908$ ). De igual manera, se obtuvo la confiabilidad para las sub-escalas Resolución de problemas Y autoactualización ( $\alpha = .898$ ), Satisfacción Personal ( $\alpha = .896$ ), Autocontrol ( $\alpha = .840$ ), Autonomía ( $\alpha = .817$ ), Habilidades de Relación interpersonales ( $\alpha = .750$ ) y Actitud Prosocial ( $\alpha = .732$ ), ubicándose todas ellas entre las Categorías Muy Buena y Respetable (De Vellis, 1991). Se determina una confiabilidad elevada del instrumento en la población investigada; a partir de estos índices se puede concluir que el este Cuestionario de Salud Mental Positiva, presenta consistencia interna y que todos los ítems son relevantes, puesto que la eliminación de alguno de los ellos disminuiría la confiabilidad.

A partir del contraste de los coeficientes de confiabilidad obtenidos en este estudio y en otras investigaciones, donde se aprecian obtenidos en el factor 1: "satisfacción personal" es quien obtiene un alfa de Cronbach de .83, siendo la correlación test – retest de .79. En el sentido antagónico, el factor con el puntaje menos satisfactorio es el factor 2: "actitud prosocial", alcanzando una consistencia interna de .58 valores  $\alpha$  de .76, .77, .80 y .86 (Lluch, 1999) para el test completo, se demuestra la equivalencia de los ítems que componen el Cuestionario de Salud Mental Positiva en diversas calificaciones (Alarcón, 2008).

En cuanto a la consistencia interna, según escalas, los valores obtenidos en el presente estudio ( $\alpha$  entre .896 a .732) en comparación con los estudios realizados por los autores Anicama et al. (2012), encontrando Alfa de Cronbach, con los valores mayores o iguales a .70, a excepción del factor prosocial que obtuvo un puntaje menor. Y Mendo (2014), (.827 y .759), se ubican en una categoría respetable (excepto el índice .405, en la escala de Actitud Prosocial), lo cual evidencia similitud en los índices antes presentados.

La evaluación de la confiabilidad por estabilidad propuesta por Arias (2013) entiende que mientras menos variación produzca un instrumento en mediciones repetidas de un atributo, mayor será su confiabilidad, es decir puede equiparse con la estabilidad, congruencia o confiabilidad de un instrumento; es así que el Cuestionario de Salud Mental Positiva se somete a este análisis mediante el método de test-retest, procesada con el estadígrafo de Pearson en una muestra de 180 practicantes pre-profesionales de Psicología, se establece una estabilidad muy fuerte en el test total (.90) y en las escalas: Satisfacción Personal (.883), Actitud Prosocial (.822), Autocontrol (.876), Autonomía (.946), Resolución de Problemas y auto Actualización (.948) y Habilidades de Relación Interpersonales (.966); a partir de los resultados obtenidos se establece que el cuestionario de Salud mental positiva posee buenas propiedades psicométricas en términos de la estabilidad. Información que es contrastada por Anicama et al. (2012). Tras esta aplicación, se denota que el puntaje realizado a través del test – retest arroja una puntuación alta: Factor 1 (Satisfacción personal), .79; Factor 2 (Actitud Prosocial), .60; Factor 3 (Autocontrol), .72; Factor 4 (Autonomía), .77; Factor 5 (Resolución de dificultades y autoactualización), .77; Factor 6 (Habilidades de relación interpersonal), .72 y finalmente la escala global, con un índice de correlación de .85.

Previamente a la elaboración de las normas del Cuestionario de Salud Mental Positiva, en practicantes pre-profesionales de Psicología, se realizaron pruebas preliminares tales como: la prueba de normalidad para establecer el uso de la prueba paramétrica t de Student o de la

prueba no paramétrica U de Mann Whitney en la comparación de los promedios según género de los integrantes de la muestra, la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov identifica diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ), entre la distribución, según género, de la Salud mental positiva y de los factores: Satisfacción personal, Actitud prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y auto actualización y Habilidades de relación interpersonales, con la distribución normal. De los resultados obtenidos al evaluar la normalidad en las escalas de Salud Mental Positiva, quedó establecido, que en el proceso estadístico de comparación se debería usar la prueba estadística paramétrica U de Mann Whitney. La cual no detecta diferencia significativa ( $p > .05$ ), en los integrantes de ambos sexos, en la puntuación total en el Test y en las escalas: Satisfacción personal, Actitud prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y auto actualización y Habilidades de relación interpersonales, situación que justifica la elaboración de normas generales. Dado que las diferencias de género varían y dependen en función al tipo de población en cual se realizan determinadas investigaciones (Mathiesen, Castro, Merino, Mora y Narro, 2013).

Continuando con los baremos, podemos definirlos como una “tabla que sistematiza las normas (afirmación estadística del desempeño del grupo normativo en el test psicométrico) que transforman los puntajes directos en puntajes equivalentes que se interpretan estadísticamente” (Aliaga, 2008, p. 88). Además los percentiles, se entienden como el puntaje que deriva y transforma el puntaje directo en una escala del 1 al 100, llamándose cada uno de los puntos centiles (Aliaga, 2008). En ese sentido, en este estudio se procedió a elaborar las normas a partir del tipo de puntuaciones percentilares, los cuales se ubican a los sujetos dentro, por debajo o sobre el promedio de la variable pautada (Rojas, 2008); En cuanto a ello, en el test total los puntajes crudos fueron de 40 a 156 con un promedio equivalente a 96.6 y con una Desviación Estándar de 16.5. Mientras que en las escalas SP, AP, A, Au, RP Y HR fueron de 8 a 32, 15 a 20, 5 a 20, 5 a 19, 9 a 37, y de 7 a 28, con promedios de 13.3, 13.7, 14.3, 9.2, 28.7, y 17.4, respectivamente; todos ellos adecuados a un percentil del 1 al 100.

En tanto, en lo que respecta a los niveles que se establece para determinar el grado de Salud Mental Positiva, el procedimiento de este estudio se realizó a través de los puntos de corte, que fueron basados en las Desviaciones Típicas de las puntuaciones con respecto a la Media de cada escala. De esta forma, se consideran puntuaciones de nivel medio a aquellas situadas entre los percentiles cuya Media está sobre 0.5 y debajo de 0.5, mientras que los percentiles situados entre 0.5 y 1.5 (DE) a ambos lados de la Media se consideran en el nivel alto y bajo

respectivamente, y las puntuaciones por sobre 1.5 (DE) de ambos lados de la media son consideradas extremas. Por último, en el presente estudio se elaboraron puntos de corte también en función de las escalas del instrumento, los cuales sirven para determinar el nivel de Salud Mental Positiva con el que se desenvuelve la persona a la que se le evalúa.

Al realizar el análisis descriptivo a una muestra de 180 practicantes pre-profesionales de Psicología, se evidencia que el promedio en Salud Mental Positiva y en sus escalas: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía y, Resolución de Problemas y Habilidades de relación Interpersonales, se ubican en un nivel medio; Se observa también que la mayor puntuación estándar promedio corresponde a la escala satisfacción personal y la menor a la escala actitud prosocial. En cuanto a la dispersión de las puntuaciones respecto a su media aritmética, se percibe que las puntuaciones en el test global presentan la menor heterogeneidad y la mayor la presenta la escala autonomía. Podemos detallar que los alumnos practicantes pre profesionales de psicología, presentan niveles medios en todas las escalas, indicando mayor predisposición en apreciar y sentir una adecuada calidad de vida y bienestar, experimentando satisfacción en diferentes esferas de la vida; seguida de la habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindando apoyo emocional interpersonal, capacidad adecuada para mantener relaciones interpersonales satisfactorias evidenciando un adecuado entrenamiento de las habilidades sociales lo que facilitaría de manera aceptable sus niveles de competencia social. Presentan capacidad media para tener criterios propios, independencia, confianza y seguridad en sí mismos y capacidad de autorregular su propia conducta. Así como capacidad promedio para mantener el equilibrio emocional, manejo del estrés y adecuado funcionamiento adaptativo, presentando habilidades esenciales para posponer o demorar la gratificación y conseguir objetivos que requieren un trabajo continuado. Y adecuada habilidad para solucionar problemas, competencia social, auto eficacia, autoestima, optimizando su funcionamiento personal. Sin embargo al contrastar la información con el estudio de Mendo (2014), observamos que en relación a los niveles de salud mental alcanzados por la población, el 47,8 % de alumnos de 9no ciclo alcanzaron un nivel medio, similar al presente estudio; pero según factor en 9no ciclo todos se ubicaron a nivel medio de la siguiente manera: Satisfacción personal 41,8%, Actitud Prosocial 40,3%, Autocontrol 58,2%, Autonomía 52,2%, Resolución de problemas y autoactualización 50,8% y Habilidades de relación interpersonal 46,8%. Presentando mayor dominio para mantener el equilibrio emocional, manejo del estrés y el funcionamiento adaptativo de la persona (Lluch, 1999). Así como la capacidad en autodirigirse en sus acciones.

Ser más independientes y con más confianza en sí mismo. Diversas investigaciones indican como más estresantes las profesiones de ayuda; esto debido al enfrentamiento entre la filosofía humanista de estos profesionales y el sistema deshumanizado imperante (Moreno, Oliver & Aragonese, 1996). Dentro de las profesiones de ayuda y de relación directa con las personas se encuentran en este caso la psicología y la enfermería. Consideradas entre las más estresantes y los profesionales de la salud, y en el caso de la enfermería ven potenciado el efecto del estrés, por ello ante la posibilidad de encontrar respaldo inmediato a sus pacientes es que desarrollan un poco más los factores antes mencionados. Sin embargo, los estudiantes de psicología y de otras áreas de salud pueden verse doblemente afectados debido a que aún no cuentan con todos los recursos personales y sociales, como sí los tienen los profesionales con mayor experiencia, por ello no logran aun alcanzar niveles más altos dentro del rango esperado para su profesión.

Como corolario de lo expuesto, estudiar la salud mental desde una perspectiva positiva nos permite identificar habilidades personales y enfatizar el trabajo, fomentando así la promoción de recursos (Lluch, 2004), por lo que los datos obtenidos en el estudio de Propiedades Psicométricas serán de gran utilidad para el contexto evaluado, con la posibilidad de ser replicado en otros contextos afines.

Podemos concluir que el Cuestionario de Salud Mental Positiva es válido y confiable, presentando baremos generales para la población en estudio, pudiendo ser utilizado este instrumento a nivel profesional para evaluaciones individuales, por los altos índices alcanzados, teniendo en cuenta que las Escalas de actitud Prosocial y de Relaciones interpersonales, pueden ser útiles para realizar diagnósticos grupales.

## **V. CONCLUSIONES:**

La presente investigación psicométrica permite confirmar que el Cuestionario de Salud Mental Positiva es válido, confiable y presenta baremos generales, con sus respectivos niveles y puntos de corte para estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la Ciudad de Trujillo. De acuerdo a lo analizado se llegó a las siguientes conclusiones:

- El cuestionario de Salud Mental Positiva revela validez de contenido por el método de criterio de jueces, evidenciando claridad y relevancia ( $p < .01$ ) ( $p < .05$ ), y coherencia a niveles alto y perfecto.
- El Cuestionario de Salud Mental Positiva, presenta garantía psicométrica, los ítems correlacionan muy significativos ( $p < .01$ ) y directamente con sus respectivas escalas y con el test global.
- Se estableció la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio, con respecto a los factores determinados por el autor, estableciendo según los índices de ajuste con valores aceptables que van de .890 a .992 y los valores razonables del error de aproximación cuadrático medio comprendidos entre 5% y el 10.0%, una buena coherencia en las escalas Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y auto Actualización y no muy buena con la escala Habilidades de Relación Interpersonales en la población investigada que presenta un índice de bondad de ajuste de .86 y un error cuadrático medio del 18.1% .
- La validez de constructo a través del método de congruencia del Cuestionario de Salud Mental Positiva con la Escala de Bienestar psicológico (EBP) en sus subescalas Bienestar Subjetivo y el Bienestar Laboral evidencian correlaciones muy significativamente ( $p < .01$ ).
- Se ubica una confiabilidad por consistencia interna elevada de la Escala general (.922) y muy buena de las escalas, encontrando que todos los ítems son relevantes.
- La confiabilidad por estabilidad a través del método de Test re-test, evidencia una estabilidad muy fuerte en el test total y en las escalas.
- Se elaboraron las normas en percentiles Generales con sus respectivos niveles y puntos de corte del Cuestionario de Salud Mental Positiva.
- Se encontraron los niveles medios de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios que realizan prácticas pre-profesionales en la carrera de psicología de la ciudad de Trujillo

## **VI. RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda que las futuras investigaciones de propiedades psicométricas sobre el presente test se realice en grupos diversos de personal asistencial, para poder generalizar los datos estadísticos.

- Se sugiere que se realicen investigaciones sobre el presente instrumento en grupos de estudiantes de psicología de zonas alto andinas y selva, así como considerar matrícula en universidades nacionales, con el fin de comparar los resultados obtenidos.
- Aplicar otros métodos estadísticos para validez y confiabilidad del instrumento, para consolidar la solidez de los datos hallados.
- Se sugiere dar uso del cuestionario de forma profesional para evaluaciones individuales, considerando que las escalas Actitud Prosocial y de Relaciones Interpersonales, pueden ser útiles para arrojar diagnósticos grupales.
- Se recomienda que se elaboren programas de intervención, considerando trabajar el desarrollo de habilidades altruistas y la habilidad para tomar decisiones, flexibilidad y adaptación al cambio con la finalidad de mejorar el trato del practicante de psicología en las diversas áreas de trabajo con los usuarios que se atienden en los diversos centros de práctica.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abanto, W. (2015) *Validez y Confiabilidad de los Instrumentos para trabajos de investigación*. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo.
- Aiken, L. (1996). *Test Psicológicos y Evaluación* (Octava ed.). México, México D. F.: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Ajit, J., Subramaniam, M, Ann, S., Abdin, E., Orlando, M., Picco, L., Wei, Y., Yen, M., Yiang, B., YS, J. & Sherbourne, C. (2011). The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic Asian population. *Health and Quality of Life Outcomes*. DOI: 10.1186/1477-7525-9-92.
- Alarcon, R.D. (1995). *Clasificación de la conducta anormal*. En V.E. Caballo, G. BuelaCasal y J.A. Carrobes (Dirs), *Manual de Psicopatología y Trastornos psiquiátricos*, vol. 2, (pp.205-256), Madrid, Siglo XXI.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento* (2° ed.). Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento* (2° ed.). Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Albacar, N., Lleixa, M., Lluch, T., Roldán, J., Salvador, T., Curto, P., Sarrió, L., Bofill, E. & Adell, B. (2013). *Mejorar el autocuidado y la salud mental positiva de cuidadoras de personas con esquizofrenia*. Prueba Piloto.

- Aliaga, T. J. (2008). *Psicometría: Test Psicométricos, Confiabilidad y Validez*. Recuperado el 04 de julio del 2015 de: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/1U2LibroEAPAliaga.pdf>
- American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (Tercera ed.). (S. V. Fuentes, Ed., & M. G. Frias, Trad.) México D.F., México: Manual Moderno.
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R., & Tomás, A. (2012). *Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima*. (pp.144-163) *Revista de Psicología*, 14.
- Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life- stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509- 521.
- Arias Pittman, J. (2013) Confiabilidad y Validez para evaluar los instrumentos de medición <https://docs.google.com/document/d/10ECoSnkohHF50qE1s1axrujaDawaNPYG2iv677tCKJs/edit>
- Ariztizábal, C., Escobar, J., Maldonado, C., Medonza, J., & Sánchez, F. (2004). *Horizontes de la Bioética: Salud y Realidad Social*. (Primera, Ed.) Bogotá D. C., Colombia: Kimpres.
- Avia, M<sup>ª</sup>D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial
- Baumann, U. (1994). *Clasificación*. En U. Baumann y M. Perrez (Dir.), *Manual de psicología clínica* (pp. 78-87). Barcelona: Herder. (Original de 1991).
- Belloch, A., Santín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. 1. Madrid: McGraw-Hill.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D. F., México: Pearson Educación.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*. 6(2). 113-116.
- Bradburn, N.M. y Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness: a pilot study of behavior related to mental health*. Chicago: Aldine.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, A. (1976). *Subjective measures of well-being*. *American psychologist*, 2, 117- 124.
- Casullo, M. (2000). *Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones anuario de investigaciones*. Facultad de Psicología. Universidad de buenos Aires, 8.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007). *Problemas de Salud Mental en estudiantes de la Universidad de Concepción*. *Revista Terapia*

- Psicológica, Vol. 25, N°2, 105-112. Recuperado el 10 de Junio de 2015 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001)
- Colegio de Psicólogos del Perú: Consejo Regional de Lima - 1. (2013). *Código de Etica Profesional del Psicólogo Peruano*. Lima: Morzan.
- Cooper, L., Peters, L. y Andrews, G. (1998). *Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting*. Journal of Psychiatric Research, 32, 361-368.
- Corral, Y. (9 de Febrero de 2009). *Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Investigación para la recolección de datos*. Ciencias de la Educación, IX(33), 128-147.
- Dawson, B., Trapp, R. (2005). *Bioestadística Médica*. 4a. Ed. México: Manual Moderno.
- Defensoría del Pueblo (2008) *Salud Mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Lima. Perú.
- De Vellis, R., (2011). *Desarrollo a Escala: Teoría y Aplicaciones* EE.UU. Revista serie de métodos de investigación social aplicada, 26. Recuperado de: [http://books.google.com.pe/books?id=BYGxL6xLokUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=BYGxL6xLokUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
- DeVellis, Robert (1991). *Scale Development: Theories and Applications*. Reino Unido, Londres: Sage.
- Díaz, J. A. (1999). *Los conceptos de normalidad y anormalidad en profesionales de salud mental*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Elosua, P. & Bully, P. (2005). *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento*. Universidad del País Vasco. Argitaipen Zerbitzua Servicio Editorial. (pp.57)
- Escorra, L. (1988). *Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces*. Revista de Psicología, 6(8), 103-111.
- Escobar Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). *Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su Utilización*. Avances en Medición, 6, 27-36. Universidad El Bosque, Colombia, sustraída de la página [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf)

- Feldman, L.; Goncalves, L.; Chacón-Puignau, G.; Zaragoza, J.; Bagés, N. & De Pablo, J. (2008). *Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos*. Universitas Psychologica, 7(3)
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). *Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales. Intervención psicosocial*, 6 (1), 21-35.
- Fernández, H. y Nicemboin, E. (1998). *Prevention of mental disorders: steps toward community interventions*. Journal of community psychology, 26 (3), 205-217.
- Fernández-Ríos, L., Cornes, J.M. y Codesido, F. (1997). *Psicología preventiva: situación actual*. En G. Buena-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 59-77). Madrid: Piramide.
- Flores F. & Díaz A. (2000) *Normalidad y anormalidad; esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental*. POLIS Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. (1), 247-262.
- Flórez, L. (1997). *Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta*. Psicología conductual, 5 (3), 313-344.
- Fornés, J., Gómez J. (2008). *Recursos y programas para la Salud Mental*. Madrid: Enfo Ediciones.
- González, M. (2011). *Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia. Aspectos Clínicos, Evaluación e Interpretación*. Madrid, España: Pirámide.
- Guardia, J., Freixa, M., Però, M., & Turbany, J. (2007). *Análisis de datos en psicología*. Madrid, España: Delta Publicaciones.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metología de la Investigación* (Quinta ed.). México D. F., México: McGraw - Hill.
- Herman, C.P. y Mack, D. (1975). *Restrained and unrestrained eating*. Journal of personality, 43, 647-660.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General*. Lima. Anales de Salud Mental, 18.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2007). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006* (Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. No. 1 y 2). Lima, Perú: Autor.

- Instituto Nacional de Salud Mental. (2003). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en la Sierra Peruana: Informe General*. Lima: Anales de Salud Mental 18.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2004). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: en la Selva Peruana: Informe General*. Lima: Anales de Salud Mental, 18.
- Jaik, A., Villanueva, R., & Tena, J. (2011). *Burnout y Salud Mental Positiva en docentes de Posgrado*. Centro Interdisciplinario de Investigación para el Desarrollo Integral Regional, IPN-Unidad. Investigación presentada en el XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Recuperado el 2 de abril, 2014.
- Kline, P. (1995). *The handbook of psychological testing*. Londres
- Kessing, L.V. (1999). *Una comparación de los diagnósticos de trastorno afectivo de la CIE-8 y la CIE-10. Un estudio de registro de casos de Dinamarca*. *European psychiatry* (edición española), 6, 146-150.
- Landeau Rebeca (2007) *Elaboración de trabajos de investigación 1ª Ed.* Editorial Alfa Venezuela.
- Lecubrier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett, K., Janvs, J. y Dunbar, G.C. (1998). *La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI). Una entrevista diagnóstica estructurada breve: fiabilidad y validez según la CID-I*. *European Psychiatry* (edición española), 5, 13-21.
- Lemos, S. (1995). *Clasificación y diagnóstico en psicopatología*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol.1, pp.128-161). Madrid: McGrawHill/Interamericana de España.
- Lehtinen V.(2004). *Action for Mental Health Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004*. Luxembourg: European Communities and Stakes. Revisado el 03 de setiembre del 2015 de [wwwec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/action\\_997\\_2004\\_en.pdf](http://wwwec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/action_997_2004_en.pdf).
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.
- Lluch, M. (2004). *Enfermería Psicosocial y de Salud mental: Marco conceptual y metodológico*. Barcelona: Universitat.
- Londoño, C. (2009). *Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria*. *Acta colombiana de psicología*, 12, 95-107,

- Magaletta, P.R. y Oliver, J.M. (1999). *The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being*. *Journal of clinical psychology*, 55 (5), 539-551.
- 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. Extraído el 24 de Febrero del 2016 de <http://oaji.net/articles/2015/1787-1438301314.pdf>
- Mathiesen, M., Castro, G., Merino, J., Mora, O. & Navarro, G. (2013). Diferencias en el desarrollo cognitivo y socioemocional según sexo. *Estudios Pedagógicos*. 39(2). 199-211. Recuperado el 25 de julio del 2015 de: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/estped/v39n2/art13.pdf>
- McDowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Medina, O., Irida, M., Martínez, G., & Cardona, D. (2011). *Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia – Quindío*. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 36 (5) Recuperado el 2 de abril de 2014, de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
- Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M.D. y Quintero, M.F. (2009). *Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la Psicología de la Salud*. *Psicología desde el Caribe*. 23, 83-112.
- Mendo, T. (2014). *Salud Mental Positiva en universitarios de primer y noveno ciclo, Trujillo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Trujillo-Perú.
- Mezzich, J.E. y Roca, M. (1992). *Concepto y ámbito de la psiquiatría. Clasificación de los trastornos mentales*. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 1-16). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Ministerio del Interior. (2011). *Delitos: Policía Nacional del Perú - Estados Mayor General*. Recuperado el 19 de Setiembre de 2013, de <http://www.pnp.gob.pe/documentos/ANUARIO%20PNP%202010.pdf>

- Mohd, Sh. (2003). Prevalencia de trastornos emocionales en estudiantes de una universidad en Malasia. *Asia Pacific Family Medicine* (2), 213-217
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. En G. Buéla-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dir.), *Manual de evaluación en psicología clínica y salud*. (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Navarro, B. (2008). *Características de la salud mental positiva en estudiantes universitarios*. (Tesis de Maestría). Universidad Libre. Barranquilla-Colombia.
- Organización de la Salud Mental (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización de la Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Noveno programa general de trabajo para el periodo 1996-2001*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos".
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington.
- Perales, A., Sogi, C. y Morales, R. (2003). *Estudio Comparativo de Salud Mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas*. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64\\_n4/estudio\\_comp.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64_n4/estudio_comp.htm)
- Regier, D.A., Kaelber, Ch.T, Rae, D.S., Farmer, M.E., Knauper, B., Kessler, R.C. y Norquist, G.S. (1998). *Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy*. *Archives of general psychiatry*, 55 (2), 109-119. Rojo, J.E. (1997). Estructuración del conocimiento en psiquiatría. En J. Vallejo (Ed.), *Psiquiatría* (pp.1-24). Barcelona: Masson.
- Rubinson, E.P. y Asnis, G.M. (1991). *Utilización de las entrevistas estructuradas para el diagnóstico*. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 41-66). Barcelona: Ancora. (Original de 1989).
- Rodríguez, E. A. (2005). *Metología de la Investigación. La Creatividad el Rigor del Estudio y la Integridad son Factores que Transforman al Estudiante en un Profesional de Éxito* (1° ed.). Juárez, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

- Rodriguez, F. J., & Cuevas, L. M. (1995). *Psicología diferencial. Lecturas para una Disciplina*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Rojas, A. A. (2008). *Conceptos básicos en evaluación psicológica*. Talca, Chile: Universidad Autónoma de Chile. Recuperado de [https://psicouas.files.wordpress.com/2008/03/conceptos\\_basicos\\_en\\_ev\\_ps.doc](https://psicouas.files.wordpress.com/2008/03/conceptos_basicos_en_ev_ps.doc).
- Sadock, B.J. y Kaplan, H.I. (1997). *Clasificación de los trastornos mentales*. En H.I. Kaplan y B.J.
- Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (Vol.1, 6ª ed., pp. 629-650). Buenos Aires: Inter-médica. (Original de 1967).
- Sánchez, A. J. (2013) *Relación entre criterios de normalidad de la personalidad, trastornos neuróticos y valores ético - morales*. *Rev Hum Med*. 13(1), 5-21.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (4ta. ed.). Perú: Universitaria.
- Sánchez, J. (1998). "Lo positivo, refuerza lo positivo". *Enfermería científica*, 196-197, 3.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F. y Dunbar, G.C. (1998). *La validez de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI) según la SCID-P y su fiabilidad*. *European psychiatry (edic. española)*, 5, 25-35.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo. (Original de 1990).
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. *Cienc enferm*, 9, 2
- Secretaría de Salud de México (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México.
- Sheaffer, R., Mendenhall, W., & Ott, L. (2007). *Elementos de muestreo* (6ta ed.). España: Thomson
- Tapia, V. & Luna, J. (2010). Validación de una prueba de habilidades de pensamiento para alumnos de cuarto y quinto año de secundaria y primer año de universidad. *Revista de investigación en psicología*, 13 (2), 17 – 59.

- Turabián, J.L. (1992). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Vázquez, C. (1990). *Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en psicopatología*. En F. Fuentenebro (Vol. II, pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). *Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva*. *Annuary of Clinical and Health Psychology*.5, 15-28.
- Vázquez, C., Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Velásquez, A., Cachay, C., Munayco, C., Poquioma, E., Espinoza, R., & Seclén, Y. (2009). *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú*. Perú: Ministerio de Salud.
- Velásquez, A. (2007). *El envejecimiento en el Perú: un reto para la Salud Pública*. Artículo recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos49/envejecimiento-peru/envejecimiento-peru2.shtml>
- Zubin, J. (1991). *Utilización de instrumentos científicos en la evaluación psicopatológica: algunas perspectivas históricas*. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 21-40). Barcelona: Ancora (Original de 1989).

# **ANEXOS**

**Protocolo Original**  
**(Lluch,1999, pag. 321)**

Hola. En primer lugar, darte las gracias anticipadamente por tu colaboración.  
En segundo lugar, te pedimos que contestes a unas preguntas breves sobre cuestiones generales. En el punto donde se pide el Código deberás anotar las 4 últimas cifras de tu número de teléfono.

**QUESTIONES GENERALES**

**CODIGO .....**

**EDAD .....**

**SEXO: Masc.... Fem....**

Para contestar a las siguientes cuestiones, tacha con una X la respuesta que corresponda a tu situación

¿Tienes algún problema de salud física?

NO

SI Especificar:.....

¿Tienes algún problema de salud mental?

NO

SI Especificar:.....

En este último mes, ¿has tenido que ir al médico para algo?

NO

SI Especificar:.....

¿Has ido alguna vez a visitar a un psiquiatra o psicólogo?

NO

SI Especificar:.....

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

- SIEMPRE o CASI SIEMPRE
- A MENUDO o CON BASTANTE FRECUENCIA
- ALGUNAS VECES
- NUNCA o CASI NUNCA

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.

**POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.**

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON FRECUENTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
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 gusta 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 piensan 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 mismo/a				
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 psicólogo/a"				
19 ... me preocupa que la gente me critique				
20 ... creo que soy una persona sociable				

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BAJANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
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/jefes				
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				

# Protocolo Salud Mental Positiva

Mg. Haydee Mercedes Aguilar Armas

Hola. En primer lugar, darte las gracias anticipadamente por tu colaboración. En segundo lugar, te pedimos que contestes a unas preguntas breves sobre cuestiones generales.

## CUESTIONES GENERALES

**CODIGO DEL ALUMNO:**

**EDAD:**

**UNIVERSIDAD:**

**SEXO:**

**CICLO:**

**ESTADO CIVIL:**

**FECHA:**

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

- **SIEMPRE o CASI SIEMPRE**
- **A MENUDO o CON BASTANTE FRECUENCIA**
- **ALGUNAS VECES**
- **NUNCA o CASI NUNCA**

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.

**POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.**

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUCA O CASI 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 piensan de mí"				
11. "Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas"				
12. "Veó 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 psicólogo/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/jefes."				
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"				
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 insatisfecha/o conmigo misma/o"				
39. "Me siento insatisfecha de mi aspecto físico"				

### Anexo N° 03: Consentimiento Informado

#### Figura N° 02

##### Consentimiento Informado

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA UN EXAMEN PSICOLÓGICO**

Yo, \_\_\_\_\_,  
voluntariamente acepto actuar como participante en un examen psicológico conducido por \_\_\_\_\_.  
He recibido una explicación clara y completa sobre el carácter general y los propósitos del examen y de las razones específicas por las que se me examina. También he sido informado de los tipos de pruebas y demás procedimientos que se aplicarán, así como de la manera en que se utilizarán los resultados.

Me doy cuenta de que quizá no le sea posible al examinador aclararme todos los aspectos del examen mientras éste no haya terminado. También entiendo que puedo poner fin a mi participación en el examen en cualquier momento y sin represalias. Además comprendo que se me informará de los resultados y que éstos no serán entregados a nadie más sin mi autorización. En este momento, solicito que se envíe una copia de los resultados de este examen a:

\_\_\_\_\_

Firma del examinado	Nombre del examinado en letra mayúscula
	
Fecha:	Firma del examinador

#### Anexo 4: Escala de Valoración de Alfa de Cronbach, según De Vellis (1991)

Valor Alfa de Cronbach	Apreciación
[0.90 a +>	Elevada
[0.80 – 0.90>	Muy buena
[0.70 – 0.80>	Respetable
[0.65 – 0.70>	Mínimamente Aceptable
[0.60 – 0.65>	Indeseable
[0.00 – 0.60>	Inaceptable

**Anexo 5:** Valores computados para el Índice de Acuerdos y la V de Aiken, según Ecurra (1988)

Figura N°03: Jueces y Acuerdos

Jueces	Acuerdos	IA	PB	V	p
5	3	0.60	.312	0.60	
	4	0.80	.156	0.80	
	5	1.00	.031	1.00	.032
6	4	0.67	.234	0.67	
	5	0.83	.094	0.83	
	6	1.00	.016	1.00	.016
7	5	0.71	.164	0.71	
	6	0.86	.054	0.86	
	7	1.00	.008	1.00	.008
8	6	0.75	.109	0.75	
	7	0.88	.031	0.88	.035
	8	1.00	.004	1.00	.004
9	7	0.77	.070	0.77	
	8	0.89	.018	0.89	.020
	9	1.00	.002	1.00	.002
10	8	0.80	.043	0.80	.049
	9	0.90	.009	0.90	.001
	10	1.00	.000	1.00	.001

**Anexo 6:** Escala de valoración de Coeficientes de Correlación, según Hernandez (2003, p.532)

Figura N°04: Magnitud de correlación

Magnitud de la Correlación	Significado
-1,00	Correlación negativa perfecta
-0,90	Correlación negativa fuerte
-0,75	Correlación negativa considerable
-0,50	Correlación negativa media
-0,10	Correlación negativa débil
0,00	Correlación nula
+0,10	Correlación positiva débil
+0,50	Correlación positiva media
+0,75	Correlación positiva considerable
+0,90	Correlación positiva muy fuerte
+1,00	Correlación positiva perfecta

**Anexo 7:** Escala de valoración de Nivel de Discriminación, según Elosua (2005)

Figura N°05: Nivel de discriminación

<b>fix</b>	<b>Nivel de discriminación</b>
$0,40 < a_i$	Muy bueno
$0,30 < a_i < 0,39$	Bueno
$0,20 < a_i < 0,29$	Deficiente
$a_i < 0,19$	Insuficiente