

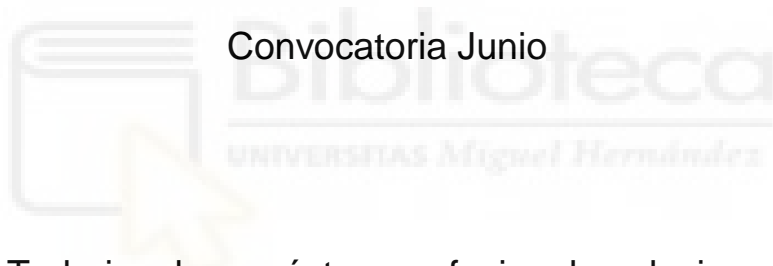


Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio



Modalidad: Trabajo de carácter profesional, relacionados con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título.

Título: Modelo de continuo de salud mental: relación con problemas y fortalezas psicológicas en adolescentes.

Autor: Sara Benedicto Álvaro

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Elche a 17 de Junio de 2017

ÍNDICE

1. Resumen	pág.3.
1.1 Palabras clave	pág.3.
2. Introducción	pág.4.
3. Objetivos e hipótesis	pág.6.
4. Método	pág.6.
4.1 Instrumentos	pág.6.
4.2 Procedimiento	pág.8.
4.3 Diseño y análisis de datos	pág.9.
5. Resultados	pág.10.
6. Discusión	pág.13.
7. Conclusión	pág.15.
8. Referencias bibliográficas	pág.16
Tabla 1	pág.8
Tabla 2	pág.11.
Tabla 3	pág.12.
Tabla 4	pág.13.

Resumen

Algunos autores proponen un modelo de continuo de salud-enfermedad. Así, por ejemplo, Keyes, define el continuo de salud considerando dos estados extremos: el *flourishing* y el *languishing*, que contaría con un punto intermedio de estado de salud moderado. El objetivo del estudio consiste en replicar el modelo de salud mental de Keyes (2005) y comprobar la distribución de los estados de salud mental surgidos de la combinación entre flourishing-languishing y problemas mentales en una muestra de adolescentes. Para ello, a partir de una muestra de 225 estudiantes de Elche, se utilizó el Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) para evaluar el bienestar psicológico y el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) para problemas psicológicos, creando cuatro categorías de salud mental: “Flourishing y No Trastorno Mental” o FNTM; “Flourishing y Trastorno Mental” o FTM; “Languishing y No Trastorno Mental” o LNTM; y “Languishing y Trastorno Mental” o LTM. Estos grupos se compararon respecto a los niveles de problemas emocionales (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21) y covitalidad o fortalezas psicológicas (Social Emotional Health Survey, SEHS). En los resultados se observa que el 41% presentaban puntuaciones compatibles con FNTM, el 9% con FTM, el 32.9% con LNTM y el 17.1% con LTM. Además, se observan diferencias significativas entre los grupos en problemas y fortalezas psicológicas. Asimismo, entre los grupos extremos FNTM versus LTM existen diferencias significativas con un tamaño del efecto grande. En cuanto al género, existen diferencias para el estado flourishing, siendo mayor en chicos, y hay diferencias entre la cantidad de personas que forman cada grupo dependiendo del sexo. La principal contribución de este estudio es que es uno de los primeros en analizar estas categorías en población española adolescente.

Palabras clave: flourishing, languishing, problemas emocionales y fortalezas psicológicas.

Introducción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 1948) define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Posteriormente, Terris (1975) añade que no es un estado absoluto, y que presenta aspectos subjetivos o de sentirse bien, y objetivos o de capacidad de funcionar. En consonancia, la OMS (2013) define salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo toma consciencia de sus capacidades, contribuye en su comunidad, afronta la presión normal de la vida y trabaja de manera fructífera y productiva. Cabe destacar que, esta conceptualización contiene tres aspectos importantes como son el bienestar, el adecuado funcionamiento a través de la autorrealización y el buen funcionamiento en la sociedad (Bohlmeijer, Bolier, Lamers, y Westerhof, 2017). Por lo que se puede observar, no existe un consenso en torno al concepto de salud dado que factores como el contexto, los supuestos básicos y los diversos ideales dificultan su universalidad (Gavidia y Talavera, 2012). Sin embargo, la gran mayoría de éstos destacan el término bienestar como un aspecto esencial para la salud mental (Blanco y Díaz, 2005; Chlaepfer-Pedrazzini e Infante-Castañeda, 1990, y Prieto-Flores et. al., 2008). Es por eso por lo que en estos últimos años, ha incrementado su estudio, dando lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica centrada en el bienestar subjetivo, y la eudaemónica centrada en el bienestar psicológico y el desarrollo del potencial humano (Zubieta, Fernández y Sosa, 2012).

En esta línea, el bienestar se compone de tres componentes interrelacionados pero distinguibles: emocional, psicológico y social (Bohlmeijer, Bolier, Lamers, y Westerhof, 2017). Por una parte, Diener (1984) definió el bienestar emocional como la presencia de afecto positivo, la ausencia de afecto negativo y la satisfacción con la vida. En adición, Ryff (1989) conceptualizó el bienestar psicológico en base a seis dimensiones: la auto-aceptación manteniendo una actitud positiva hacia uno mismo y la vida, el dominio del entorno mediante la capacidad de manejar, elegir y amoldar en función de las necesidades, las relaciones positivas con los otros, el crecimiento o potencial personal mediante la apertura a nuevas experiencias, la autonomía, y el propósito en la vida. De forma similar, Keyes en 1998 delimitó el bienestar social en cinco dimensiones: integración social o evaluación que se realiza sobre la calidad de las relaciones, la aceptación social o sentirse de un grupo, la contribución social, la actualización social como confianza y aceptación de que la sociedad es un ente dinámico que se rige por el fin de la consecución de objetivos, y la coherencia social como la capacidad de entender dicho dinamismo.

En contraposición, se observa que el concepto enfermedad conlleva todavía muchas dificultades para su comprensión (Peña y Paco, 2002). La Real Academia Española (2014)

la define como una alteración más o menos grave de la salud, la cual deja en entredicho que enfermedad y salud son dos extremos de un mismo continuo. Sin embargo, Terris (1975) menciona que no son mutuamente excluyentes puesto que una enfermedad puede coexistir con un cierto grado de salud. En esta línea, varios autores (Ben-Arieh, 2008; Keyes, 2005; 2009; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster y Keyes, 2011; Perugini, de la Iglesia, Solano y Keyes, 2017; Suldo y Shaffer, 2008) proponen un modelo de continuo de salud-enfermedad, el cual trata ambas dimensiones como unipolares relacionadas, y no como una única dimensión bipolar. Por consiguiente, no es suficiente la ausencia de enfermedad para disfrutar de una salud mental positiva, si no que se requieren un conjunto de indicadores de bienestar (Ben-Arieh citado en Carvalho, Pereira, Pinto y Marôco, 2016 y Westerhof y Keyes, 2010).

Más concretamente, y centrándose en la salud mental, Keyes (2002) la conceptualiza como un continuo en cuyos extremos se encuentran el *flourishing* y el *languishing*, y en su centro se sitúa el estado de salud moderado. Parece obvio mencionar que el estado de salud mental completo se caracteriza por un estado *flourishing* determinado por un alto nivel de bienestar y estar libre de psicopatología (Keyes, 2005; Trompetter, Lamers, Westerhof, Fledderus y Bohlmeijer, 2017). Según Keyes (2002) la salud mental se puede medir a partir del bienestar subjetivo, el cual está compuesto por las tres dimensiones de bienestar descritas anteriormente.

En esta línea, considerando las posibles diferencias metodológicas de los estudios internacionales revisados, la prevalencia en población adulta varía entre 20% y 37% en el caso del *flourishing* y entre el 2% y 27% en relación al *languishing*, encontrándose la mayor parte de la muestra en el estado de salud mental moderado (Diehl, Hay, y Berg, 2011; Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger y Van Rooy, 2008 y Schotanus-Dijkstra, et al. 2016). También, Keyes (2007) confirma que existe una mayor frecuencia de problemas emocionales en personas adultas con estado *languishing* así como una menor frecuencia en el caso de adultos en estado *flourishing*. Asimismo, Duan (2016) destaca la correlación entre *flourishing* y fortalezas psicológicas en estudiantes de universidad. Por su parte, en los estudios con adolescentes se observa que del 24% al 46% están en estado *flourishing*, entre el 2.4% y el 8.7% están en estado *languishing* y entre el 36% y el 67.2% están en un estado moderado de salud mental (Keyes, 2006; Peter, Roberts y Dengate, 2011; Singh, Bassi, Junnarkar, y Negri, 2015; y Venning, Wilson, Kettler y Elliott, 2013).

En relación al sexo, diversos estudios confirman diferencias significativas en *flourishing*, siendo mayor en hombres que en mujeres (Keyes, 2007; 2012; Petrillo, Capone, Caso y Keyes 2015). Además, Matos et. al. 2010, confirma que los adolescentes presentan

más *flourishing* que las adolescentes, mientras que éstas presentan más *languishing*, así como presencia de más trastornos mentales.

Llegados a este punto, es importante llevar a cabo un estudio en población adolescente española, ya que no existe apenas literatura científica sobre este tópico centrado en este periodo evolutivo. Además, como numerosos estudios confirman, la adolescencia es una etapa que se caracteriza por sufrir grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social (Urbano y Yuni, 2016; Valero, Pérez y Delgado, 2012), por lo que existe mayor vulnerabilidad de padecer problemas o trastornos mentales, tanto de conducta, como emocionales (Oliva, 2003; Santrock, 2004).

Objetivo e hipótesis

El objetivo del estudio consiste en replicar el modelo de salud mental de Keyes (2005) y comprobar la distribución de los estados de salud mental surgidos de la combinación entre la presencia de *flourishing-languishing* y problemas mentales en una muestra de adolescentes.

Se espera que en el grupo de salud mental completa (*flourishing* y no trastorno mental; FNTM en adelante) la puntuación en problemas emocionales será menor que en el resto de grupos (Hipótesis 1), y que en este mismo grupo el nivel de fortalezas psicológicas será mayor que en el resto de grupos (Hipótesis 2). Por el contrario, se espera que en el grupo de ausencia de salud mental y trastorno mental (*languishing* y trastorno mental; LTM en adelante) el grado de problemas emocionales será mayor que en el resto de grupos (Hipótesis 3), y que en este mismo grupo la puntuación en fortalezas psicológicas será menor que en el resto de grupos (Hipótesis 4). Por último, se espera que la frecuencia de chicos sea mayor en el estado *flourishing* que las chicas (Hipótesis 5).

Método

El estudio se ha llevado a cabo con una muestra compuesta por 225 estudiantes del Instituto Nit de L'Alba en Elche. Del total, el 46.22% corresponde a mujeres, todos ellos con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. En relación al curso académico, el 46.40% está cursando los estudios secundarios obligatorios, el 40.60% bachillerato y el 13% algún ciclo de formación profesional.

Instrumentos

Para evaluar el bienestar se ha utilizado el *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF; Keyes, Wissing Potgieter, Temane, Kruger y van Rooy, 2008), en su versión española de Pablo C. Olivos, destinado a adolescentes y jóvenes. Es un instrumento que

está compuesto por los 14 ítems más prototípicos que representan el constructo. Para representar el bienestar emocional, se escogieron tres ítems (felicidad, interés por la vida y satisfacción), para el bienestar psicológico seis ítems (uno por dimensión) y cinco ítems (uno por dimensión) para representar el bienestar social. En cuanto a su aplicación ha sido autoadministrada y con un tipo de formato de respuesta escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1= nunca, 2= pocas veces, 3= bastantes veces, 4= muchas veces, 5=siempre). Este instrumento ha recibido apoyo psicométrico para su uso con adolescentes (Guo, Tomson, Guo, Li, Keler y Söderqvist, 2015; Lim, 2013). En la tabla 1, se encuentran los niveles de consistencia interna para todas las variables estudiadas.

Para evaluar los problemas emocionales y conductuales se ha utilizado el *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997), en su versión española (García et al., 2000), destinado a niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y 17 años. Está compuesto por un total de 25 ítems que forman cinco subescalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas entre compañeros y conducta prosocial. A partir de la suma de las cuatro primeras subescalas se obtiene una puntuación de dificultades totales. En cuanto a su aplicación ha sido autoadministrada y con un tipo de formato de respuesta escala tipo Likert con tres opciones de respuesta (1= no es verdad, 2= es verdad a medias, 3= es verdad), de modo que la puntuación de cada subescala varía de 0 a 10. En cuanto a sus propiedades psicométricas, estudios como el de Ortuño-Sierra, Chocarro, Fonseca-Pedrero, Sastre y Muñiz (2015) confirman que es una buena herramienta para el cribado de problemas emocionales en la adolescencia, reportando un α igual a .84 para su escala total.

Para evaluar los problemas emocionales se ha utilizado el *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995), en su versión española (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2010), destinado a adolescentes y jóvenes. Está compuesto por 21 ítems, 7 por cada escala, es autoadministrada y sigue un tipo de formato de respuesta escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que miden frecuencia y severidad en la última semana (0= no me ha ocurrido, 1= me ha ocurrido un poco, 2= me ha ocurrido bastante, 3= me ha ocurrido mucho). La escala de la depresión evalúa la disforia, la desesperanza, la devaluación de la vida, la autodepreciación, la falta de interés o participación, la anhedonia y la inercia. La escala de ansiedad evalúa la excitación autonómica, los efectos del músculo esquelético, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva del afecto ansioso. La escala de estrés es sensible a los niveles de excitación crónica no específica y evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa, y la facilidad en molestarse, agitarse, irritarse, sobreactivarse e impacientarse. En cuanto a su aplicación, para este estudio solo se aplicaron las escalas de ansiedad y depresión.

Para evaluar las fortalezas psicológicas se ha utilizado el *Social Emotional Health Survey—Secondary* (SEHS-S; Furlong, You, Renshaw, Smith y O'Malley, 2014), en su versión española (en proceso de validación) para adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Está compuesto por 36 ítems de los cuales 3 de cada uno de ellos forman 1 de las 12 subescalas. Todas ellas, correlacionan con cuatro rasgos: creencia en un mismo (autoconciencia, persistencia y autoeficacia), creencia en los demás (apoyo escolar, coherencia familiar y apoyo entre compañeros), la competencia emocional (regulación emocional, empatía y autocontrol conductual), y el vivir comprometido (gratitud, entusiasmo y optimismo). En cuanto a su aplicación ha sido autoadministrada y con un tipo de formato de respuesta escala tipo Likert. Sin embargo, 10 subescalas usan 4 opciones de respuesta (1= nada cierto, 2=poco cierto, 3= más o menos cierto, 4= muy cierto), y las otras 2 subescalas utilizan 5 opciones de respuesta (1= para nada, 2= muy poco, 3= algo, 4= mucho, 5= extremadamente).

Tabla 1. Tabla resumen de las consistencias internas.

Variable	α de Cronbach	Número de ítems
DASS-21 Depresión	.87	7
DASS-21 Ansiedad	.82	4
DASS-21 Total	.89	14
MHC-SF Bienestar hedónico	.70	3
MHC-SF Bienestar eudaimónico	.86	10
MHC-SF Bienestar eudaimónico social	.79	4
MHC-SF Bienestar eudaimónico psicológico	.75	6
MHC-SF Bienestar general	.89	14
SEHS Creer en uno mismo	.76	9
SEHS Creer en los demás	.70	8
SEHS Competencia emocional	.76	9
SEHS Compromiso vital	.89	9
SEHS Covitality	.90	37
SDQ Síntomas emocionales	.70	5
SDQ Problemas de conducta	.46	6
SDQ TDAH	.58	5
SDQ Relaciones con otros	.54	5
SDQ Conducta Prosocial	.65	5
SDQ Total	.74	25

Procedimiento

En primer lugar se contactó con el Vicedirector del instituto Nit de l'Alba en Elche, el cual derivó el caso a la orientadora educativa. Tras explicarle en que consistía la investigación, pidió un informe elaborado por el equipo para presentarlo en el consejo escolar. Al ser aprobado, no fue necesario pedir consentimiento informado a los padres de los alumnos, pues se introdujo como actividad del centro. Posteriormente, se cuadraron

cursos y grupos disponibles, así como horarios. Finalmente, los datos se recogieron durante el primer trimestre, concretamente la semana del 12 al 16 de Diciembre de 2016. Se repartieron los cuestionarios a cumplimentar durante las clases de tutoría de cada curso, concediéndoles el tiempo oportuno.

Diseño y análisis de datos

El presente estudio ha utilizado un diseño mixto entre grupos, empleando análisis descriptivos y una ANOVA de un factor con el fin de comparar las diferencias entre los grupos creados.

Para la formación de los cuatro grupos se realizó una combinación de las clasificaciones que permite el MHC-SF en cuanto al nivel de bienestar y el SDQ en relación con el nivel de malestar o problemas psicológicos, siguiendo el procedimiento expuesto por Keyes (2005).

Así, el MHC-SF permite realizar un diagnóstico categorial del bienestar consistente en que se asigna un diagnóstico de *flourishing* si alguien puntúa en 1 de los 3 síntomas de bienestar hedónico (ítems 1-3) con “muchas veces” (“cada día”) o siempre (“casi todos los días”) y si anota en 6 de los 11 síntomas de funcionamiento positivo (ítems 4-14) con “muchas veces” (“cada día”) o siempre (“casi todos los días”) en el último mes. El diagnóstico de *languishing* se asigna cuando se responde a 1 de los 3 síntomas de bienestar hedónico (puntos 1-3) con puntuación de "nunca" o "pocas veces" y a 6 de los 11 síntomas de funcionamiento positivo (ítems 4-8 son indicadores de Bienestar Social y 9-14 de bienestar psicológico) con "nunca" o "pocas veces" en el último mes. Las personas que no cumplen con ninguna de las dos categorías se clasifican como personas con salud mental moderada. Para este estudio se dicotomizó la variable como *Flourishing* quienes cumplían el criterio y *No Flourishing* el resto (donde pueden encontrarse personas con *Languishing* y personas con salud mental promedio). En esta línea, mencionar que en este estudio, quienes no cumplían el criterio *flourishing*, se han clasificado denominando con el criterio *languishing* para facilitar la categorización y mejorar la comprensión.

Por su parte, la puntuación total de la versión autoinforme del SDQ dispone de puntos de corte que permiten realizar una clasificación basada en el malestar o presencia de síntomas. Así, una puntuación Total de Dificultades entre 0-15 es considerada como normal, una puntuación entre 16-19 se sitúa en el límite y una puntuación entre 20-40 es considerada como anormal o patológica (<http://www.sdqinfo.com>). Esta clasificación ha sido empleada en estudios previos con muestra española (Ortuño-Sierra et al., 2014). Para este

estudio se dicotomizó entre personas con puntuaciones normales y personas con puntuación por encima de 16 equivalente a categoría límite y/o patológica.

La combinación de ambas clasificaciones permite crear 4 categorías, que se indican en la tabla 2.

Resultados

En la tabla 2, se encuentran los estadísticos descriptivos para el conjunto muestral, y en función de los cuatro grupos formados atendiendo a las variables *flourishing* y no *flourishing* (*languishing* para mayor claridad). En cuanto a la composición de cada grupo (véase tabla 4), se observa que en torno al 41% de los sujetos forman parte de la categoría de FNTM, el 9% conforman el grupo FTM, el 33% de la muestra conforman el grupo de LNTM y el 17% pertenece a la categoría de LTM. Además, se observan diferencias significativas entre grupos para el total de problemas emocionales ($F = 35.02, p < .01$), así como para las subescalas de ansiedad y depresión ($F = 28.76, p < .01$; $F = 27.32, p < .01$ respectivamente). Lo mismo sucede con las fortalezas psicológicas ($F = 52.46, p < .01$) y las subescalas creer en los demás, creer en otros, compromiso vital y competencia emocional ($F = 32.11, p < .01$; $F = 26.82, p < .01$; $F = 31.94, p < .01$; $F = 10.78, p < .01$ respectivamente).

A tales efectos, se han realizado pruebas a posteriori con el fin de comprobar entre que grupos se establecen diferencias. Los datos recopilados en la tabla 3 muestran que existen diferencias estadísticamente significativas para la variable de depresión (DASS-21 Depresión) entre el grupo FNTM y los grupos FTM, LNTM y LTM con un tamaño del efecto grande, así como entre los grupos LNTM y LTM con un tamaño del efecto mediano. En cuanto a la variable ansiedad (DASS-21 Ansiedad), se observan diferencias significativas con un tamaño del efecto grande entre la categoría FNTM y, FTM y LTM, entre FTM y LNTM, y LNTM con LTM. Por su parte, en la variable de estados emocionales negativos (DASS-21 Total), se encuentran diferencias significativas entre el grupo FNTM y las categorías FTM y LTM, igual que entre el grupo FTM y LTM todas con un tamaño del efecto grande. Además, se encuentran diferencias con tamaño del efecto mediano entre el grupo FNTM y LNTM y entre el grupo LNTM y LTM. En esta línea, para la variable creer en uno mismo se observan diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto grande entre la categoría FNTM y los grupos LNTM y LTM, y entre los grupos FTM y LTM.

Tabla 2. Tabla de estadísticos descriptivos.

		N	Media	D.T	F
DASS-21 Depresión	FNTM	96	2.80	3.05	
	FTM	21	7.71	4.16	
	LNTM	77	5.70	4.12	
	LTM	40	9.18	5.18	
	Total	234	5.28	4.60	28.76**
DASS-21 Ansiedad	FNTM	96	3.36	3.37	
	FTM	21	9.67	4.79	
	LNTM	77	4.14	3.84	
	LTM	40	8.30	4.30	
	Total	234	5.03	4.44	27.32**
DASS-21 Total	FNTM	96	6.16	5.80	
	FTM	21	17.38	8.30	
	LNTM	77	9.84	6.87	
	LTM	40	17.48	7.68	
	Total	234	10.31	8.09	35.02**
SEHS-Creer en uno mismo	FNTM	96	29.35	3.50	
	FTM	21	26.67	5.01	
	LNTM	77	24.83	4.07	
	LTM	40	22.88	4.29	
	Total	234	26.52	4.71	32.11**
SEHS-Creer en otros	FNTM	96	32.28	2.78	
	FTM	21	31.24	2.30	
	LNTM	77	29.18	4.09	
	LTM	40	26.57	4.50	
	Total	234	30.19	4.15	26.82**
SEHS-Compromiso vital	FNTM	96	38.35	4.62	
	FTM	21	34.95	5.62	
	LNTM	77	31.28	6.38	
	LTM	40	29.55	6.96	
	Total	234	34.22	6.82	31.94**
SEHS-Competencia emocional	FNTM	96	30.24	3.43	
	FTM	21	27.33	3.44	
	LNTM	77	28.04	4.43	
	LTM	40	26.45	4.28	
	Total	234	28.61	4.18	10.78**
SEHS-Covitality	FNTM	96	130.22	9.83	
	FTM	21	120.19	9.45	
	LNTM	77	113.34	13.84	
	LTM	40	105.45	12.82	
	Total	234	119.53	15.20	52.46**

*Nota: Flourishing y no trastorno mental= FNTM; Flourishing y trastorno mental= FTM; Languishing y no trastorno mental=LNTM; Languishing y trastorno mental=LTM: Desviación típica=D.T

**Nota: La diferencia de medias es significativa en el nivel .01

Tabla 3. Tabla de comparaciones múltiples.

Variables	FNTM-FTM		FNTM-LNTM		FNTM-LTM		FTM-LNTM		FTM-LTM		LNTM-LTM	
	p	d	p	d	P	d	p	D	P	d	p	d
DASS-21 Depresión	.00**	-1.35	.00**	-.80	.00**	-1.50	.23	.49	.60	-.31	.00**	-.74
DASS-21 Ansiedad	.00**	-1.52	.63	-.22	.01**	-1.28	.00**	1.27	.63	.30	.00**	-1.02
DASS-21 Total	.00**	-1.57	.01**	-.58	.00**	-1.22	.00**	.99	1.00	.36	.00**	-.64
SEHS-Creer en uno mismo	.05	.62	.00**	1.19	.00**	1.65	.32	.40	.01*	.81	.10	.47
SEHS-Creer en otros	.70	.41	.00**	.89	.00**	1.53	.15	.62	.00**	1.31	.00*	.61
SEHS- Competencia emocional	.03*	.85	.01**	.56	.00**	.98	.91	-.18	.88	.23	.23	.37
SEHS-Compromiso vital	.12	.66	.00**	1.27	.00**	1.49	.07	.61	.01**	.85	.50	.26
SEHS-Covitality	.01**	1.04	.00**	1.40	.00**	2.17	.14	.58	.00**	1.31	.01**	.59

*Nota: La diferencia de medias es significativa al nivel .05

**Nota: La diferencia de medias es significativa al nivel .01

***Nota: Flourishing y no trastorno mental= FNTM; Flourishing y trastorno mental= FTM; Languishing y no trastorno mental=LNTM; Languishing y trastorno mental=LTM

Como puede observarse en la tabla 4, en función del sexo, se observa que, a excepción del grupo *languishing* y trastorno mental, hay más porcentaje de hombres que mujeres en todos los grupos [$\chi^2(3, N=225) = 8.81, p = .03$]. Además, se encuentran diferencias entre la cantidad de personas que forman cada grupo dependiendo del sexo, es decir, en el caso de los hombres el grupo con más personas es el FNTM (24.89%), seguido del LNTM (16.89%), LTM (6.22%) y FTM (5.78%), pero en el caso del grupo de las mujeres el más abundante es la categoría LNTM (16.44%), seguido del FNTM (16%), LTM (11.11%) y FTM (2.67%).

Tabla 4. Tabla de contingencia entre los cuatro grupos y el sexo.

		4 categorías Continuo de Salud mental									
		FNTM		FTM		LNTM		LTM		Total	
Sexo		N	%	n	%	n	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	56	24.89	13	16.89	38	6.22	14	5.78	121	53.78
	Femenino	36	16.44	6	16	37	11.11	25	2.67	104	46.22
Total		92	40.89	19	8.44	75	33.33	39	17.33	225	100

*Nota: *Flourishing* y no trastorno mental= FNTM; *Flourishing* y trastorno mental= FTM; *Languishing* y no trastorno mental=LNTM; *Languishing* y trastorno mental=LTM.

6. Discusión

Son cada vez más los estudios que sostienen la existencia de un modelo de continuo de salud mental (Perugini, de la Iglesia, Solano y Keyes, 2017; Suldo y Shaffer, 2008), y que destacan que el estado de salud está relacionado tanto con el bienestar subjetivo como con el malestar o la presencia de trastornos mentales (Trompeter, Lamers, Westerhof, Fledderus y Bohlmeijer, 2017; Westerhof y Keyes, 2010). Asimismo, el estado de salud completo, es decir *flourishing* y ausencia de trastorno mental, y el estado de salud moderado, se relaciona con un mejor funcionamiento psicosocial que el estado de salud con *languishing*, independientemente de presentar trastorno mental (Keyes, 2005).

En cuanto al estado de salud completo, en este estudio, se observan que los adolescentes que pertenecen a esta categoría presentan menos problemas emocionales que el resto de grupos, a excepción de la variable ansiedad en el grupo *languishing* y sin trastorno mental, por lo que se mantiene la hipótesis 1, hecho que se ve respaldado con estudios anteriores (Keyes, 2007; Schotanus-Dijkstra, et al., 2016). Además, estudios como el de Venning, Wilson, Kettler y Elliot (2013) señalan que las personas en estado *flourishing* presentan menos conductas de riesgo para la salud. Cabe destacar que, en la investigación de Snigh, Bassi, Junnarkar y Negri (2015) no encontraron diferencias significativas entre estado de salud mental y problemas emocionales, pero si encontraron diferencias entre dichos estados y la conducta prosocial, hecho que coincide con la hipótesis 2, es decir que el grupo de estado de salud completo presenta mayores fortalezas psicológicas.

Concretamente, en los resultados de esta investigación, se observa que a excepción del grupo *flourishing* y trastorno mental en las variables creer en uno mismo, creer en otros y compromiso vital, existen diferencias significativas entre el grupo de salud mental completo y el resto de categorías, por tanto los resultados obtenidos son consistentes con estudios llevados a cabo con anterioridad (Duan, 2016; Furlong, Renshaw, Smith y O'Malley, 2014). Además, puesto que el estado *flourishing* se corresponde mayormente con presentar elevado bienestar subjetivo, diferentes estudios confirman la relación existente entre salud mental y bienestar emocional, psicológico y social (Venning, Kettler, Wilson y Elliot, 2011).

De igual modo, ocurre con la hipótesis 3, es decir, en la presente investigación se mantiene que el grupo de estado *languishing* y trastorno mental, presenta más problemas emocionales que el resto de categorías, hecho respaldado en estudios que concluyen con que este grupo sigue los patrones de salud esperados caracterizados por mayor malestar (Kim, Furlong, Ng y Huebner, 2016). Sin embargo, es importante mencionar que en este estudio no se han encontrado diferencias entre el grupo *languishing* y trastorno mental (LTM), y el grupo *flourishing* y trastorno mental (FTM) para las variables de problemas emocionales (ansiedad y depresión). Además, se observa que las personas adultas con estado *languishing* presentan mayor insatisfacción con la vida. Winefield, Venning, Crabb y Teng, 2015.

En cuanto a la hipótesis 4, a saber que el grupo *languishing* y trastorno mental presentaría menos fortalezas psicológicas, ésta recibe apoyo puesto que en líneas generales existen diferencias significativas entre los distintos grupos, lo cual se observa también en el estudio de Kim, Furlong, Ng y Huebner (2016) y en el de Dowdy et al. (2015). No obstante, en este estudio no se han encontrado diferencias entre los grupos LTM y FTM en la subescala competencia emocional, y entre el grupo LTM y LNTM para las subescalas creer en uno mismo, competencia emocional y compromiso vital.

En cuanto a la hipótesis 5, se mantiene puesto que la frecuencia para el estado de *flourishing* es mayor en chicos. A pesar de que en estudios como el de Snigh, Bassi, Junnarkar y Negri (2015) las adolescentes presentan mayor frecuencia de *flourishing*, otros estudios indican los mismos resultados (Keyes, 2007; 2012, Petrillo, Capone, Caso y Keyes 2015; Venning, Wilson, Kettler y Elliot, 2013). Además, en consonancia a Matos et. al. (2010), las chicas presentan mayor frecuencia para la categoría *languishing* y no trastorno mental. Sin embargo, hay mayor frecuencia de chicos en el estado *languishing* y trastorno mental.

Por tanto, en líneas generales, se observa que entre los grupos extremos, es decir, *flourishing* y no trastorno mental, y *languishing* y trastorno mental, existen diferencias

significativas tanto en problemas emocionales como en fortalezas psicológicas, de tal forma que los resultados se apoyan en la literatura científica (Duan, 2016; Keyes, 2007), y desenmascaran una vez más la existencia de un continuo de salud mental caracterizado por dos dimensiones unipolares pero relacionadas (Keyes, 2005).

7. Conclusión

Por una parte, con los resultados de este y otros estudios, recibe apoyo la tesis de que la salud no es la mera ausencia de psicopatología, sino que es un continuo formado por dos dimensiones, enfermedad/malestar y salud/bienestar, las cuales son distintas pero están relacionadas (Peter, 2011). Este nuevo enfoque más positivo sobre la salud mental destaca la importancia de los estados psicológicos positivos y, su relación y repercusión en la evolución de ciertas enfermedades (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). Por ello, un estado *languishing* o de ausencia de salud mental puede generar el mismo malestar o incluso mayor que un trastorno mental (Keyes, 2005). En contraposición, un estado *flourishing* es predictor de desarrollar menos enfermedades mentales puesto que mejora el funcionamiento, y disminuye los síntomas depresivos y los problemas (Snigh, Bassi, Junnarkar y Negri, 2015).

Por otra parte, cabría señalar las dificultades que se han encontrado en la realización del trabajo, entre las que se destaca, el pequeño carácter muestral, los valores perdidos puesto que 9 personas no contestaron el ítem "sexo", la imposibilidad de pasar los cuestionarios a los cursos 1º de la ESO y 3º de la ESO ya que no había compatibilidad horaria, y las distintas horas para pasar los cuestionarios ya que en función de la cantidad de horas que llevaba el alumnado en el centro, influía en su comportamiento y atención.

Para finalizar, mencionar que a pesar de las limitaciones, los resultados obtenidos son consistentes con la literatura científica revisada. Por consiguiente, igual que en el estudio de Keyes (2005) se propone potenciar la salud mental puesto que altos niveles de salud mental en adultos se relacionan con un menor riesgo de padecer depresión, ansiedad y dependencia hacia el alcohol, desde este estudio y en apoyo a Mitchell (2009), se propone invertir en estrategias de promoción de la salud con el fin de mejorar el bienestar de los adolescentes, dejar a un lado la creencia de que si la enfermedad desaparece el bienestar permanecerá y poner énfasis en mejorar el bienestar como algo independiente al tratamiento y prevención de la enfermedad. En conclusión, potenciar la salud mental entre los adolescentes para conseguir un funcionamiento óptimo, y prevenir o paliar la enfermedad mental puesto que este período vital se caracteriza por la vulnerabilidad a padecer problemas emocionales, conductuales y enfermedades mentales (Santrock, 2004; Urbano y Yuni, 2016). Por tanto, desde este estudio se anima al lector al estudio del bienestar y la

psicología positiva, puesto que parece tener un papel importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

8. Referencias bibliográficas

- Ben-Arieh, A. (2008). The child indicators movement: Past, present, and future. *Child Indicators Research*, 1(1), 3-16.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A. y Westerhof, G. J. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 34-41.
- Carvalho, J. S., Pereira, N. S., Pinto, A. M. y Marôco, J. (2016). Psychometric properties of the mental health continuum-short form: a study of Portuguese speaking children/youths. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2141-2154.
- Chlaepfer-Pedrazzini, L., e Infante-Castañeda, C. (1990). La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública de México*, 32(2), 141-155.
- Diehl, M., Hay, E. L. y Berg, K. M. (2011). The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood. *Aging & Mental Health*, 15(7), 882-893.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dowdy, E., Furlong, M., Raines, T. C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R. W., Dever, B. V. y Murdock, J. (2015). Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 25(2-3), 178-197.
- Duan, W. (2016). Mediation role of individual strengths in dispositional mindfulness and mental health. *Personality and Individual Differences*, 99, 7-10.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas de la Depression Anxiety And Stress Scales-21 (DASS-21) en universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*, 16, 215-226
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T. L., Smith, D. C. y O'Malley, M. D. (2014). Preliminary development and validation of the Social and Emotional Health Survey for secondary school students. *Social Indicators Research*, 117(3), 1011-1032.

- García, P., Goodman, R., Mazaira, J., Torres, A., Rodríguez-Sacristán, J., Hervas, A., y Fuentes, J. (2000). El cuestionario de Capacidades y Dificultades. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 12-17.
- Gavidia Catalán, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Guo, C., Tomson, G., Guo, J., Li, X., Keller, C. y Söderqvist, F. (2015). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents—a methodological study. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 198.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539.
- Keyes, C. L. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95.
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A. y van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical psychology and psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Keyes, C. L. (2009). The nature and importance of positive mental health in America's adolescents. *Handbook of Positive Psychology in Schools*, 1, 9-23.
- Kim, E. K., Furlong, M. J., Ng, Z. J. y Huebner, E. S. (2016). Child well-being and children's rights: balancing positive and negative indicators in assessments. *International handbook on child rights in school psychology*. New York, NY: Springer.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M. y Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum- short form (MHC- SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.

- Lim, Y-J. (2013). Psychometric Characteristics of the Korean Mental Health Continuum–Short Form in an Adolescent Sample. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32, 356-364.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C. y Pinto, A. M. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum–Short Form–for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psychologica*, (53), 131-156.
- Oliva, A. (2003). Adolescencia en España a principios del siglo XXI. *Cultura y educación*, 15(4), 373-383.
- Organización Mundial de la Salud (1948) *Constitución de la OMS: principios*. Recuperado en <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ortuño-Sierra, J., Chocarro, E., Fonseca-Pedrero, E., i Riba, S. S., y Muñiz, J. (2015). The assessment of emotional and behavioural problems: Internal structure of The Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 265-273.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paíno, M. y Aritio-Solana, R. (2014). Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 121-130.
- Peña, A. y Paco, O. (2013). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Segunda parte: carencias y defectos en los intentos por lograr una definición general de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63 (4), 313-321.
- Perugini, M. L. L., de la Iglesia, G., Solano, A. C. y Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13 (1), 93.

- Peter, T., Roberts, L. W. y Dengate, J. (2011). Flourishing in life: An empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian university students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1), 13-22.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. y Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312.
- Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. y Rojo-Abuín, J. M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (3), 301-313.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55 (1), 99.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.
- Trompetter, H. R., Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Fledderus, M. y Bohlmeijer, E. T. (2017). Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 58-63.
- Real Academia Española (2014). *La 23ª edición*. Recuperado en <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069.
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H. C., Westerhof, G. J., De Graaf, R., Ten Have, M. y Bohlmeijer, E. T. (2016). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1351-1370.
- Singh, K., Bassi, M., Junnarkar, M. y Negri, L. (2015). Mental health and psychosocial functioning in adolescence: an investigation among indian students from delhi. *Journal of Adolescence*, 39, 59-69.

- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9a. ed.). Madrid, ES: McGraw-Hill España.
- Suldo, S. M. y Shaffer, E. J. (2008). Looking behind psychopathology: the dual factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37 (1), 52-68.
- Urbano, Claudio, and Yuni, José. *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital* (2a. ed.). Córdoba, AR: Editorial Brujas.
- Valero, J., Pérez, N., Delgado, B., (2004). Desarrollo físico, psicológico, intelectual y social en la adolescencia. En N. Pérez, I. Navarro y M.P. Cantero. (Ed), *Psicología de desarrollo humano: del nacimiento a la vejez* (pp. 231-264). Alicante, ES: ECU (2012).
- Venning, A., Kettler, L., Zajac, I., Wilson, A. y Elliott, J. (2011). Is hope or mental illness a stronger predictor of mental health? *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2), 32-39.
- Venning, A., Wilson, A., Kettler, L. y Elliott, J. (2013). Mental health among youth in South Australia: A survey of flourishing, languishing, struggling, and floundering. *Australian Psychologist*, 48(4), 299-310.
- Westerhof, G. J. y Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- Winefield, H., Venning, A., Crabb, S. y Teng, E. (2015). Half full or half empty: the measurement of mental health and mental illness in emerging Australian adults.
- Zubieta, E., Fernández, O. y Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.