

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA

VALIDITY AND RELIABILITY BASED ON THE SCALE OF POSITIVE MENTAL HEALTH

Recibido: 18 de julio de 2014/Aceptado: 24 de noviembre de 2014

<http://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>

REBECA MARTÍNEZ APARICIO¹

Universidad Michoacana - México

MANUEL PANDO MORENO², SILVIA GRACIELA LEÓN CORTÉS³,

RAQUEL GONZÁLEZ BALTAZAR⁴, MARÍA GUADALUPE ALDRETE RODRÍGUEZ⁵

LUIS FERNANDO LÓPEZ RODRÍGUEZ⁶

Universidad de Guadalajara - México

Palabras clave:

Indicadores, Confiabilidad, Validez, Escala, Salud mental positiva.

Resumen

El objetivo del presente estudio consistió en demostrar la validez y confiabilidad de la Escala de Salud Mental Positiva en 400 trabajadores del Sector Salud de Michoacán, México. Para este propósito se realizaron los siguientes procesos: 1) De acuerdo a la teoría y a los indicadores, se definió lo que se requería medir; 2) Se revisaron los instrumentos existentes; 3) Se generó, revisó y decantó una serie de Ítems; 4) Se aplicó la Escala de Salud Mental a la muestra; 5) Se evaluaron los Ítems para obtener su validación y confiabilidad. La estructura factorial de la escala se evaluó mediante un análisis con el método de componentes principales y rotación Varimax. Los resultados muestran una confiabilidad de 0,862, considerándose adecuado para su aplicación en la población mexicana.

Key words:

Indicators, Reliability, Validity, Scale, Positive mental health.

Abstract

This paper focus on showing the validity and reliability based on the Scale of Positive Mental Health in 400 Health dpt workers from Michoacan, Mexico. For this purpose some procedures were performed as follow: 1. According to the indicators, it was defined what it was required measure; 2. Current instruments were reviewed; 3. Number of items were generated, decided and reviewed; 4. Mental health scale was applied for population sampled; 5. Items were assessed for its validation and reliability. Scale factorial structure was assessed using factor analysis and taking into account main components method and rotation. The results show 0.862 high reliability considered appropriate to be used for Mexican population.

Referencia de este artículo (APA):

Martínez, R., Pando, M., León, S., González, R., Aldrete, M. & López, L. (2015). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), 78-88. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>

1 Doctorante en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Catedrática universitaria Universidad Michoacana. Email: nirvana_hoy@hotmail.com

2 Doctor en Ciencias. Director del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional (IISO) de la Universidad de Guadalajara.

3 Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesor docente titular "B" Universidad de Guadalajara. Email: silvia.leon@cucs.udg.mx

4 Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesor investigador Universidad de Guadalajara. Email: raquel_gh@hotmail.com

5 Doctora en Ciencias Sociomédicas. Profesor investigador titular "C" Universidad de Guadalajara. Email: draaldrete@yahoo.com.mx

6 Tesis de grado del doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo "Eugenesia laboral: salud mental positiva en trabajadoras del sector salud, Morelia, Michoacán", Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

En México desde la época prehispánica, con los aztecas, floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Tanto ellos como los incas relacionaban las enfermedades mentales con la religión y la magia. Los incas y los aztecas, en especial estos, usaban un gran número de medicinas botánicas y preparaban diversos remedios a partir de elementos naturales. Más tarde, en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, mal alimentados y semidesnudos, que deambulaban por las calles o que eran alojados en las cárceles (Secretaría de Salud y Asistencia, 2001).

A principios del siglo XX, la salud mental sufrió un importante avance y aparecieron términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); precursores, ambos, del actual concepto de salud mental.

Hoy día, aún existe una ambigüedad para definir la salud mental: La perspectiva negativa toma como referencia a la enfermedad para definirla. Su postulado básico es: “Salud igual a ausencia de enfermedad” (OMS, 1990) y su objetivo fundamental es la curación. Esta perspectiva corresponde al modelo clínico tradicional, a la necesidad de tratar los trastornos mentales, y refleja la realidad asistencial basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, este enfoque reduccionista omite aspectos positivos inherentes al concepto.

Diversas organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental, así como las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, pretenden adscribirse a la “ideología” positiva, asumiendo expresiones como: “prevención y promoción para todos en el siglo XXI”. Sin embargo, la realidad

práctica se ajusta más a la fórmula: “tratamiento, rehabilitación y algo de prevención, en los países occidentales, para todos en el siglo XXI”.

En la Agenda de la Salud para el siglo XXI, la OMS cita que: “El foco primario del desarrollo para la salud, es la salud positiva, esto conlleva a incrementar el potencial humano e impactar en la calidad de vida. La salud positiva implica entonces, añadir calidad de vida a los años, es decir, incrementar los años de vida con salud de calidad, a través de instaurar estilos de vida saludables” (WHO, 1998).

La salud mental no se exenta de esta agenda y en ella se pone de manifiesto la perspectiva positiva, que la concibe como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que se deben promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin & Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997a; Martí Tusquets & Murcia Grau, 1987). Su postulado básico es: “Salud igual a algo más que ausencia de enfermedad”, y permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se definió, en efecto, la Organización Mundial de la Salud cuando estableció que “la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad o minusvalía”. De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental (1962) la definió como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”.

Estudios previos realizados por Belloch, Sandin y Ramos (1995); Jahoda (1958); Lluch (1997a); Martí Tusquets y Murcia Grau (1987) y, recientemente, Seligman (1998) describen la Salud Mental desde una perspectiva positiva, concibiéndola como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, se insiste en que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial.

Puede considerarse que la salud mental positiva está presente en personas que no padecen ni padecerán trastornos psiquiátricos, lo cual puede corresponder a un 80 o 90 % de la población. Se han establecido algunas delimitaciones para su definición, tal como lo propone Jahoda (1958), según cita Lluch (1999), para quien la ausencia de un trastorno mental es un criterio indispensable pero incompleto al definirla. Jahoda alude a una característica estable de la personalidad, y no a una condición momentánea, por lo que una salud mental positiva no se caracteriza por la ausencia de experiencias que generan afectos negativos, sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afectos positivos.

En este marco, el propósito de la presente investigación, que fue aprobada por un comité universitario de ética, consistió en evaluar la confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Salud Mental Positiva.

MÉTODO

Diseño

Este trabajo se realizó bajo un diseño metodológico, cuantitativo, descriptivo y transversal. Se tomó como muestra a 400 trabajadores del sector salud del Estado de Michoacán, y su objetivo general consistió en conocer la validez y confiabilidad de la Escala de Salud Mental Positiva en la población mexicana.

La investigación se realizó en varias etapas, que se describen a continuación:

Etapas

En desarrollo de esta primera etapa, se tomó la muestra, se precisó el instrumento y se estableció el procedimiento:

Muestra

Esta fue de tipo intencional y no probabilística. El tamaño se calculó atendiendo la recomendación de contar con un número de observaciones 10 veces mayor que el de las variables a analizar. Así, la muestra estuvo conformada por 400 trabajadores mexicanos de todas las áreas del sector salud, esto es, tanto médicas como paramédicas, y de diferentes nosocomios. Vale precisar que en ella predominó el 81 % del género femenino (81 %) y sus edades oscilaron entre los 18 y 67 años, con un promedio de 42,5 años. El estado civil de los trabajadores comprendió a un 95 % entre casados y solteros, y el resto se ubicó en los diferentes estados civiles. El nivel de escolaridad fue variado, desde primaria hasta doctorado, pero predominó el nivel de licenciatura con un 80 %. La antigüedad laboral osciló en rangos que van desde tres meses hasta 39 años.

Instrumento

El instrumento evalúa la salud mental positiva, según la escala construida por Lluch (1999). Se trata de un cuestionario que debe responderse en una escala Likert de cuatro niveles (1-4): Siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca. La aplicación fue individual y colectiva, con una duración aproximada de 20 minutos. Está compuesto por seis factores generales, y con 39 ítems, así:

Factor 1 “Satisfacción personal”: configurado por un total de 8 ítems.

Factor 2 “Actitud prosocial”: está formado por 5 ítems.

Factor 3 “Autocontrol”: está compuesto por 5 ítems.

Factor 4 “Autonomía”: consta de 5 ítems.

Factor 5 “Resolución de problemas y autoactualización”: tiene 9 ítems.

Factor 6 “Habilidades de relación interpersonal”: está formado por 7 ítems.

Procedimiento

Antes de iniciar la investigación se les explicó a los participantes los objetivos de la misma, enfatizándoles que podían abandonar el estudio cuando quisieran y que los resultados se presentarían en forma anónima. Fue así como todos firmaron un consentimiento informado.

Luego se visitaron diferentes unidades de primer nivel como los 11 módulos y el centro de salud de Morelia. Posteriormente, se acudió a los diferentes hospitales: de la mujer, psiquiátrico, civil e infantil. En estos últimos, hubo un poco de renuencia a contestar el cuestionario.

Más concretamente, el procedimiento se hizo en el siguiente orden:

- Estudio piloto. Una vez que se obtuvo la versión final, se estableció contacto con las autoridades del sector salud de cada unidad. A estos se les explicó el propósito de la investigación y se solicitó su autorización para llevar a cabo el levantamiento de datos. Posteriormente, se invitó a los trabajadores a participar en “una investigación sobre salud mental positiva en trabajadores del sector salud” y, a quienes accedieron voluntariamente, se les solicitó tanto su consentimiento informado, garantizándoles, como ya se dijo, el uso anónimo de los resultados.

Así, en el piloteo de la BMS participaron dos grupos de 15 trabajadores cada uno, considerando el género.

- Recolección de datos. La aplicación de la BMS a la muestra principal se realizó en el horario laboral; y en cada uno de los diferentes servicios se

contestó de manera individual con una duración aproximada de 20 minutos.

- Análisis de datos. Este análisis, se llevó a cabo tras la aplicación del cuestionario con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 17.0 para Windows) y consistió en calcular la consistencia interna (coeficiente Alpha de Cronbach) del cuestionario.

Finalmente, la validez de constructo se valoró con AFE, mediante el método de extracción de ejes principales y rotación Varimax.

Etapa 2

Definición de la variable a medir

Desde hace años ha existido una controversia acerca del concepto de salud mental. Así, de acuerdo con la OMS, “salud mental es la ausencia de enfermedad”. Como se ve, este concepto busca descartar la psicopatología; sin embargo, diversos teóricos de la psicología humanista, como Allport; de la psicología positiva, como Jahoda, Martí Tusquets, Murcia Grau, Belloch e Ibáñez (citados en Belloch, Sandin & Ramos, 1995) Font, Handlarz, y, recientemente, Seligman, entre otros definen el término en función de las características específicas sobre enfoque positivo de la salud mental.

La definición de un término tan complejo y polifacético conlleva, en todo caso, muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto. Algunas de las principales definiciones se agrupan en dos vertientes: por un lado, está la que se basa en la dicotomía “positiva/negativa” y, por el otro, aparece el término de “Normalidad”.

En 1951, según la OMS (1997), la salud mental

se planteó como: “la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, y el desarrollo de una personalidad que le permita una expresión armoniosa de sus emociones y plena realización de sus potencialidades”.

Por otra parte, Martí Tusquets y Murcia Grau (1987) la proponen como: “un proceso en el que el individuo pueda:

- Interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes.
- Conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo.
- Identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad.
- Solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo.
- [Adaptarse en forma] flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta”.

Según Belloch, Sandin y Ramos (1995), para diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona hay que considerar parámetros tales como:

- Autonomía funcional.
- Percepción correcta de la realidad.
- Adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno.
- Relaciones interpersonales adecuadas.
- Percepción de autoeficacia.
- Buen autoconcepto.
- Estrategias adecuadas para afrontar el estrés, etc.

Retomando el modelo de Jahoda (citada por Lluich, 1999), la salud mental supone un estado de bienestar o funcionamiento óptimo de la persona que implica la promoción de las cualidades humanas y facilita su máximo desarrollo potencial. Este concepto constituye un punto de referencia importante para todos los teóricos que consideran la salud mental como algo más que ausencia de enfermedad. Justo a partir de este, Lluich construyó una Escala para medir la Salud Mental Positiva tomando en cuenta seis criterios generales: 1. Satisfacción personal; 2. Actitud prosocial; 3. Autocontrol; 4. Autonomía; 5. Resolución de problemas; y 6. Habilidades relacionales.

En este modelo, las puntuaciones para cada alternativa de respuesta son:

Puntuaciones para ítems positivos (+)

- Siempre/casi siempre = 1
- Con bastante frecuencia = 2
- Algunas veces = 3
- Nunca/casi nunca = 4

Las puntuaciones para ítems negativos (-) se cuentan a la inversa.

Revisión de instrumentos existentes

La mayoría de estudios utilizan los sistemas nosológicos oficiales CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1997) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), y los instrumentos estandarizados elaborados para la evaluación diagnóstica. Los más utilizados son el Diagnostic Interview Schedule-CIS (Robin, Hetzer, Croughan & Ratcliff, 1981), el Composite International Diagnostic Interview-CIDI (Organización Mundial de la Salud, 1990; 1997) y el Present State Examination-PSE. (Wing, Cooper & Sartorius, 1974). Estos dos últimos tienen formatos computarizados.

Ahora bien, los instrumentos con un enfoque epidemiológico trabajan con diseños de investigación de doble fase. En la primera, se aplica un procedimiento de *screening* para seleccionar, de entre la población, a los probables sanos y enfermos (Baca, 1992; Del Rey Calero, 1980). Para lograrlo, generalmente, se emplean entrevistas estructuradas y cuestionarios de fácil aplicación; entre todos estos, el instrumento más utilizado es el Cuestionario de Salud General de Goldberg (Baca, 1992; Goldberg, 1972); Goldberg y Huxley (1990); Goldberg y Williams (1996) y Vázquez-Barquero (1993).

Sin embargo, pocos son los instrumentos utilizados para medir aspectos positivos de la salud mental. Entre estos, encontramos los que miden estados de felicidad, bienestar psicológico, fluidez, emociones positivas y el *workenagement*, de reciente creación, etc. Hasta el momento, no se han publicado instrumentos que midan específicamente la Salud Mental Positiva, excepto la Escala construida por la Dra. Lluch en 1999.

Generación, revisión y decantación

De la fase anterior, surgió la necesidad de validar un instrumento capaz de evaluar la Salud Mental Positiva, es decir, que la diferenciara de la Salud Mental basada en la negación de la enfermedad mental.

Para esta fase, se desarrolló en concreto un listado de ítems que representarían los indicadores más adecuados de la Salud Mental Positiva de manera diferencial, mismos que fueron revisados por sujetos voluntarios y por un grupo de expertos en la materia.

El primer listado de reactivos contenía 39 ítems que fueron revisados por un grupo de voluntarios, quienes leyeron, contestaron y comentaron cada uno de dichos reactivos. Hecha la revisión se conservaron 39

ítems cuyo sistema de calificación permite discernir seis elementos evaluados: 1. Satisfacción personal; 2. Actitud prosocial; 3. Autocontrol; 4. Autonomía; 5. Resolución de problemas; 6. Habilidades relacionales.

Esta versión del instrumento fue revisada por un grupo de expertos, tras lo cual se aplicó una versión del citado instrumento, dando como resultado la evaluación estadística correspondiente, que finalmente quedó con 39 ítems.

Etapa 3

Aplicación de la Escala de Salud Mental a la muestra poblacional

En esta última etapa, se visitó cada una de las unidades médicas para la aplicación de la escala, constituyendo estas 12 unidades de primer nivel de atención y cuatro hospitales de la Secretaría de Salud de Michoacán, en todos los cuales se aplicó el instrumento a un total de 400 trabajadores. Durante las sesiones de aplicación, las instrucciones y cada uno de los reactivos fueron leídos en voz baja, exhortando a los participantes a indicar si eran confusos o poco claros, o bien, si desconocían el significado de alguna de las palabras empleadas. Al respecto, los participantes refirieron que los reactivos eran claros y que no tenían problema para comprenderlos. Por tanto, no fue necesario realizar cambios al instrumento.

Evaluación de los ítems para obtener su validación y confiabilidad correspondientes

Previo al análisis factorial, se consideraron los criterios de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el valor de esfericidad Bartlett, para determinar la pertinencia de dicho análisis. El mismo se efectuó con componentes principales y rotación Varimax, determinando el valor de carga Eigen para cada ítem, el porcentaje de varianza explicado y la validez relevante.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la muestra

El 54,7 % de los trabajadores obtuvo una calificación positiva con relación a la salud mental, aunque 8,5 % obtuvo calificación baja (Cuadro 1).

Cuadro 1. Prevalencia de Salud Mental Positiva

SALUD MENTAL POSITIVA	ALTA	MEDIA	BAJA
PREVALENCIA	54,7 %	36,8 %	8,5 %

Además, a diferencia del estado civil (Cuadro 2), las variables de edad y salud física, así como de profesión y salud mental no mostraron relación estadísticamente significativa.

Cuadro 2. Prevalencia de Salud Mental Positiva y Factores Sociodemográficos

FACTOR	SALUD MENTAL
Profesión	0,537
Edad	0,509
Estado Civil	0,014
Dependientes económicos	0,285
Grado escolar	0,286
Antigüedad laboral	0,791
Tipo de Contrato	0,161
Turno	0,903
Horas trabajo/semana	0,647

En cuanto al estado civil, se destaca que los trabajadores casados, con un resultado del 0,014, presentaron mayor prevalencia de salud mental positiva. Por otra parte, la escolaridad solo mostró asociación estadísticamente significativa con un 0,286, y las mayores tasas fueron para los sujetos con escolaridad media.

Consistencia interna

Para medir la confiabilidad del constructo, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson entre cada reactivo. En este sentido, el valor mínimo de correlaciones sin corregir obtenido fue de 0,21 y corregidas 0,13. El punto de corte para considerar significativa la correlación con $p < 0,05$ fue de 0,176.

Además, se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0,862, en tanto que el promedio de las correlaciones inter reactivos fue de 0,38.

Análisis factorial

El instrumento fue concebido como adecuado y se sometió a un análisis factorial con componentes de rotación Varimax normalizada. Para esto, en un inicio, se solicitaron seis factores para que maximizaran la varianza explicada, siendo esta del 43,4 %.

Antes del análisis factorial, se consideraron los criterios de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyo resultado fue de 0,862, con valor de esfericidad de Bartlett de 4303.660 para 190 grados de libertad y 0,000 de significancia. Ello indica la pertinencia para el análisis factorial (Catena, Ramos & Trujillo, 2003).

Validez de los factores

El Cuadro 3 muestra los pesos relativos de cada reactivo en ambos factores. De los 39 reactivos analizados, 11 expresaron un valor superior a 0,4 en el factor 1; mientras que 12 reactivos no obtuvieron ningún valor superior a 0,4, según el análisis de la carga de Eigen, en ninguna de las seis dimensiones evaluadas.

Dado que el objetivo del presente estudio no es la reconstrucción de esta escala, no se hizo necesario la extracción de los 12 reactivos que no obtuvieron valores significativos; pero se sugiere restar los reactivos antes mencionados del instrumento.

Cuadro 3. Matriz de cargas factoriales con estructura de seis factores, utilizando componentes principales y rotación Varimax

Ítem	Reactivo	Factores					
		1	2	3	4	5	6
1	A mí,... me resulta esencialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.	,045	,197	,473	,284	-,034	-,035
2	Los problemas... me bloquean fácilmente.	,056	,413	,058	,506	,107	,106
3	A mí,... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuenten sus problemas.	-,036	,132	,602	,088	-,136	,255
4	...me gusta como soy.	,082	,100	-,060	,484	,364	,129
5	...soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas.	,293	,019	,072	,683	,042	,024
6	...me siento a punto de explotar.	,022	,154	,250	,411	-,049	,153
7	Para mí, la vida es ... aburrida y monótona.	-,099	,217	,293	,267	,109	,339
8	A mí,... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.	,139	,085	,675	,061	,096	,055
9	...tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas.	,147	,084	,553	,132	,177	-,024
10	...me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.	,124	,582	,122	,185	,055	,205
11	Creo que... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.	,108	-,274	,238	,330	,194	,146
12	...veo mi futuro con pesimismo.	,085	,291	,014	,063	,371	,170
13	Las opiniones de los demás ... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.	,218	,698	,069	,027	,132	,024
14	...me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean.	,267	,450	,144	,063	,290	,205
15	...soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o.	,378	,151	-,102	,173	,210	,031
16	...intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.	,563	,073	,050	,361	,012	,134
17	...intento mejorar como persona.	,612	-,107	,037	,266	,066	,189
18	...me considero "un/a buen/a profesionalista.	,557	,231	,018	,025	,290	,125
19	...me preocupa que la gente me critique.	,109	,605	,155	,106	,044	,140
20	...creo que soy una persona sociable.	,382	-,069	,237	,190	,283	-,295
21	...soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos.	,394	,102	,039	,629	,036	-,158
22	...soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida.	,523	,148	,043	,534	,019	-,231
23	...pienso que soy una persona digna de confianza.	,525	,094	,055	,088	,018	,146
24	A mí... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás.	,115	,159	,558	-,034	-,043	-,013

25	...pienso en las necesidades de los demás.	,456	-,196	,392	,037	,001	,023
26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.	,581	,285	,085	,272	-,001	-,109
27	Cuando hay cambios en mi entorno... intento adaptarme.	,687	,244	,102	,119	,071	-,041
28	Delante de un problema... soy capaz de solicitar información.	,609	,160	,135	-,015	,035	-,032
29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual... me estimulan.	,604	,165	,081	-,016	,063	,067
30	...tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis jefes.	,119	,047	,380	-,125	,258	-,068
31	...creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada.	,175	,084	,045	,043	,048	,705
32	...trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes.	,482	-,018	,029	,049	,079	,586
33	...me resulta difícil tener opiniones personales.	,135	,414	,310	,037	,135	-,089
34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes... me siento muy insegura/o.	,118	,538	,125	,070	,089	-,164
35	...soy capaz de decir no cuando quiero decir no.	,366	,239	,040	,199	-,061	-,018
36	Cuando se me plantea un problema... intento buscar posibles soluciones.	,701	,121	,142	,066	-,042	,116
37	...me gusta ayudar a los demás.	,558	-,275	,316	,026	,107	,011
38	...me siento insatisfecha/o conmigo mismo/a.	,068	,124	,026	,058	,727	-,076
39	...me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico.	,003	,088	,129	,070	,736	,070

DISCUSIÓN

Los instrumentos de autorreporte son de gran utilidad en el campo de la salud mental; sin embargo, existen muy pocos, como es el caso de la escala propuesta en esta investigación, que mide la salud mental positiva.

En su aplicación, se encontraron resultados similares en estudios de cuestionarios que miden dimensiones parecidas, como también de otros con estructuras o contenidos especialmente afines. Por ejemplo, la Escala de Bienestar General (General Well-Being Schedule) de Dupuy (1978), el Inventario de Salud Mental (Mental Health Inventory) de Ware (1979) o la Escala de Equilibrio Afectivo (The Affect Balance Scale) de Bradburn (1965), así como, el Índice de Satisfacción de Vida (The Life Satisfaction Index) de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961), la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale) de Diener, Emmons, Larsen

y Griffin (1985) o el Cuestionario de Autocontrol (Self Control Schedule) de Rosenbaum (1980). Sin embargo, ninguno mide la Salud Mental Positiva como la escala utilizada en este estudio.

Los aportes que se pueden realizar a través de las investigaciones en torno a la Salud Mental son relevantes, ya que este es un problema de Salud Pública y, por lo tanto, debe enfocarse sobre un modelo de atención preventivista para salvaguardar el bienestar individual de la persona. Por lo tanto, las políticas y las estrategias para el desarrollo de la salud han de proporcionar un sentido positivo que estimule a las personas a optimizar sus capacidades físicas, mentales y sociales como sugiere Seligman (1998).

Se puede decir, entonces, que la Escala de Salud Mental Positiva se ha aplicado y validado en México, aunque se sugiere realizar más investigaciones en este

ámbito con un enfoque positivo, porque hay mucho campo inexplorado aún.

No obstante, el instrumento es válido y confiable en su totalidad y puede ser utilizado con fines prospectivos para evaluar la salud mental positiva.

Por último, conviene precisar que el instrumento fue diseñado y aplicado en español con población mexicana, por lo que, cuando sea aplicado en otro país aún será necesaria su validación para asegurar su confiabilidad.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Baca, E. (1992). Epidemiología psiquiátrica. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. México: McGraw-Hill.
- Bradburn, N. M. (1965). *The Affect Balance Scale*. Chicago: Aldine.
- Catena, A., Ramos, M. M. & Trujillo, H. M. (2003). *Análisis multivariado. Un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Del Rey, J. (1980). Epidemiología y salud mental. En J.L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana, *Manual de Psiquiatría* (pp. 237-261). Madrid: Karpos.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, G. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dupuy, H. J. (1978). Self-representations of general psychological well-being of American adults. Comunicación presentada en el *American Public Health Meeting*. Los Ángeles, California.
- Federación Mundial para la Salud Mental (1962). 15ª. *Asamblea*. Ginebra: Sesiones plenarias.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1990). *Enfermedad mental en la comunidad* (Original de 1980). Madrid: Nieva.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones* (Original de 1988). Barcelona: Masson.
- Handlarz, M. C. (1989). *Psiquiatría y salud mental*. Buenos Aires: Akadia.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Lluch, M. T. (1997a). Consideraciones psicosociales básicas. En G. Novel, M. T. Lluch & MaD Miguels (dirs), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp 3-10). Barcelona: Masson.
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para medir la salud mental positiva*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología. Barcelona: Universidad de Barcelona, España.

- Marti Tusquets, J. L. & Murcia Grau, M. (1987). *Conceptos fundamentales de Epidemiología Psiquiátrica*. Barcelona: Herder.
- Neugarten, B. L., Havighrust, R. J. & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143. <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
- Organización Mundial de la Salud (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Robin, L. N., Hetzer, J. E., Croughan, J. & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of general psychiatry*, 38, 381-389.
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: preliminary findings. *Behavior therapy*, 11(1), 109-121, doi:10.1016/S0005-7894(80)80040-2
- Secretaría de Salud y Asistencia (2001). *Programa de acción de salud mental*. México, D. F.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. (Original de 1990). Barcelona: Grijalbo.
- Vázquez-Barquero, J. L. (1993). Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En J.L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Dir.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 19-35). Barcelona: Masson.
- Ware, J. E. (1979). Conceptualization and measurement of health for adults. In the *Health Insurance Study, III, Mental Health*. Santa Mónica, California: Rand Corporation.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms: and instruction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge: University Press.
- World Health Organization (1998). *The world health report 1998. Life in the 21 st century. A vision for all*. Geneva: World Health Organization.