



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“LA SALUD MENTAL POSITIVA DE LOS ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE BACHILLERATO GENERAL UNIFICADO DEL CANTÓN PUJILÍ: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL SECTOR URBANO Y RURAL”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social de la salud y desarrollo humano

Autora:

María Gabriela Estrella Salguero

Directora:

Mg. Ana del Rocío Martínez Yacelga

Ambato – Ecuador

Marzo 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“LA SALUD MENTAL POSITIVA DE LOS ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE BACHILLERATO GENERAL UNIFICADO DEL CANTÓN PUJILÍ: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL SECTOR URBANO Y RURAL”

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social de la salud y desarrollo humano

Autora:

María Gabriela Estrella Salguero

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Mg

CALIFICADOR

f.

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Mg

CALIFICADOR

f.

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Mg

CALIFICADOR

f.

Varna Hernández Junco, Mg

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f.

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

f.

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL
PROCURADURIA

Ambato – Ecuador

Marzo 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **MARÍA GABRIELA ESTRELLA SALGUERO**, con **CC. 0550014468** autora del trabajo de graduación titulado: “LA SALUD MENTAL POSITIVA DE LOS ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE BACHILLERATO GENERAL UNIFICADO DEL CANTÓN PUJILÍ: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL SECTOR URBANO Y RURAL” previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

- 1 Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia de referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2 Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, marzo 2022



María Gabriela Estrella Salguero

CC. 0550014468

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi hija, Monserrath, por ser mi fuente de inspiración y motivación durante este proceso de estudio.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar una etapa más, en el camino arduo pero satisfactorio del aprendizaje.

A mi familia, por fomentar en mí, la perseverancia para alcanzar mis sueños con esfuerzo y dedicación y ser el pilar fundamental de mi logro.

A los docentes de la Escuela de Psicología de la PUCE-A, quienes fueron mis mentores porque con su conocimiento y entereza guiaron mi carrera universitaria; entre ellos, mi directora de titulación, Mg. Ana del Rocío Martínez, por su constancia invaluable para poder concretar mi objetivo profesional.

Y, a mis compañeros, por compartir momentos únicos dentro del aula.

RESUMEN

El propósito de la investigación es desarrollar un estudio comparado de la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado entre el sector urbano y rural del cantón Pujilí. La investigación se enmarca dentro del paradigma post-positivista con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo-comparativo y de corte transversal. Los participantes fueron 60 estudiantes (53,3% hombres y 46,7% mujeres), 30 del sector urbano y 30 del sector rural, de la U.E. Belisario Quevedo, U.E. Provincia de Cotopaxi y U.E. Pujilí, cuyas edades están en el rango de entre los 16 a 18 años, con un promedio de 17,13 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de Salud Mental Positiva (SMP), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y el Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE). Los resultados comparativos alcanzados en la Escala de SMP, evidenciaron diferencias entre los dos sectores tanto en la puntuación total del instrumento como en cinco de los factores ($p < 0,05$), en cambio, en el factor satisfacción personal se encontraron semejanzas ($p > 0,05$); en la SWLS, no se hallaron diferencias según el sector ($p > 0,05$); y, por último, en el CECSCE, se obtuvo similitud en ambos sectores ($p > 0,05$). Para concluir, en su mayoría los estudiantes presentan niveles altos de salud mental positiva, y este fenómeno no depende del sector de residencia en porcentajes cuantiosos; además, se demuestra que, en ambos sectores los estudiantes se sienten satisfechos con sus experiencias de vida y dentro de su ambiente educativo.

Palabras clave: adolescencia, salud mental positiva, sector urbano y rural

ABSTRACT

The purpose of the research is to develop a comparative study of the positive mental health between the third-year students of the Bachillerato General Unificado from urban and rural sectors of the Pujilí town. The research is framed within the post-positivist paradigm with a quantitative approach, non-experimental design, descriptive-comparative and cross-sectional scope. The participants were 60 students (53.3% men and 46.7% women), 30 students from the urban sector and 30 students from the rural sector, from the E.U. Belisario Quevedo, U.E. Cotopaxi Province and E.U. Pujilí, whose ages are in the range of 16 to 18 years old, with an average of 17.13 years old. The used instruments were: the Positive Mental Health Scale (SMP), the Life Satisfaction Scale (SWLS) and the School Climate Questionnaire (CECSCE). The comparative results achieved in the SMP Scale showed differences between the two sectors both in the total score of the instrument and in five of the factors ($p < 0.05$), on the other hand, in the personal satisfaction factor were found similarities ($p > 0.05$); in the SWLS, no differences were found according to the sector ($p > 0.05$); and finally, in the CECSCCE, similarity was obtained in both sectors ($p > 0.05$). To conclude, the majority of students present high levels of positive mental health, and this phenomenon does not depend on the sector of residence in substantial percentages; in addition, it is shown that, in both sectors, students feel satisfied with their life experiences and within their educational environment.

Keywords: adolescence, positive mental health, urban and rural sector

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. Salud	6
1.2. Salud mental	7
1.3. Salud mental positiva.....	9
1.4. Dimensiones de la salud mental positiva.....	11
1.5. Salud mental positiva en la adolescencia	14
1. 5.1. Adolescencia.....	15
1.5.2. Etapas de la adolescencia	16
1.5.3. Cambios durante la adolescencia.....	18
1.5.4. Factores de riesgo en la adolescencia	21
1.6. Factores que influyen en la salud mental positiva de los adolescentes	24
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
2.1. Tipo y enfoque de investigación.....	26
2.1.1. Enfoque.....	26
2.1.2. Tipo de investigación	26
2.2. Población	27
2.3. Métodos, técnicas e instrumentos	28
2.3.1. Método científico.....	28
2.3.2. Técnicas	30
2.3.3. Instrumentos	30
2.4. Caracterización de la muestra.....	34
2.5. Procedimiento metodológico.....	40

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
3.1. Análisis estadístico descriptivo por niveles de las pruebas aplicadas	40
3.1.1. Análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)	40
3.1.2. Análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	43
3.1.3. Análisis estadístico descriptivo por niveles del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)	43
3.2. Análisis estadístico descriptivo de las pruebas aplicadas	45
3.2.1. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP).....	45
3.2.2. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	46
3.2.3. Análisis estadístico descriptivo del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE).....	47
3.3. Análisis comparativo de las pruebas aplicadas con respecto al sector	47
3.3.1. Análisis comparativo por sector de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)	47
3.3.2. Análisis comparativo en función del sector de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	49
3.3.3. Análisis comparativo según el sector del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	66
Anexo 1: Consentimiento Informado	66
Anexo 2: Asentimiento Informado	667
Anexo 3: Ficha Sociodemográfica Ad Hoc	68
Anexo 4: Escala de Salud Mental Positiva (SMP)	69
Anexo 5: Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	71
Anexo 6: Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE).....	755

INTRODUCCIÓN

La temática de la salud mental desde una perspectiva positiva, implica comprender los procesos que están detrás de las cualidades, emociones y rasgos positivos del ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), y así, promoverlos para facilitar su máximo desarrollo con el fin de mejorar su calidad de vida. Por ende, la psicología positiva propone una nueva visión de la salud mental que pretende complementar al enfoque existente, el que lo define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de una dolencia o enfermedad” (OMS, 1948, p.1); enfocándose en la prevención o reducción de la ocurrencia de las enfermedades mentales con el fortalecimiento o entrenamiento de las características y/o habilidades (virtudes, habilidades, etc.) positivas del individuo en las diferentes fases del desarrollo.

Una de esas fases es la adolescencia, la cual se considera como un periodo de desarrollo crítico y conflictivo, en virtud a los intensos cambios físicos, psicológicos y sociales que ubican al adolescente en situaciones vulnerables que desencadenan posibles complicaciones de salud mental.

Es así que, esta investigación pretende determinar la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado del cantón Pujilí a partir de un estudio comparativo entre el sector urbano y rural, para el efecto se ha apoyado en estudios previos que se contrasta con la realidad del contexto explorado, y a su vez, generan nuevas estructuras cognoscitivas que aportan para que los estudiantes optimicen su estado de salud integral, y de esta manera alcanzar una vida plena, reflejada en sus logros académicos y sus expectativas frente al futuro. A continuación, se realiza el análisis de los distintos referentes bibliográficos tanto a nivel internacional en países como Estados Unidos, Israel, Perú y Colombia, y a nivel nacional en ciudades como Cuenca y Quito, dentro de los cuales los más destacados son:

En países como Estados Unidos e Israel donde el ritmo de vida suele ser más rápido y agobiante, los intensos cambios que se han generado en la percepción de la salud mental y la salud mental positiva, generan un escenario que permite tener un enfoque más amplio de los factores que influyen en el bienestar integral de la persona. Esto es corroborado por el estudio desarrollado

con jóvenes de 11 a 17 años, quienes presentaban problemas de nerviosismo, cansancio y soledad, dichos síntomas estaban relacionados con conflictos familiares, violencia, ruptura de pareja, negligencia, conflictos personales y entre pares, fenómenos de migración, discriminación étnica, estilos de crianza entre otros (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

Respecto a esto, la OMS (2018), señala que, entre los factores determinantes más destacados de la salud mental del adolescente se encuentran: la calidad de vida, las relaciones con sus pares, situaciones de violencia y dificultades socioeconómicas, los mismos que repercuten directamente en trastornos alimentarios, episodios depresivos y/o ansiosos, adicciones o el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias nocivas.

Como complemento a lo anterior, Pruessner (2015), afirma que, la probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad, depresión o esquizofrenia, aumenta aproximadamente en un 21% al vivir en áreas urbanas, y con el fin de corroborar este postulado, elaboró un estudio sobre la relación existente del estrés con el hecho de residir en las zonas urbanas. Procedió a comparar la actividad cerebral de personas que vivían en áreas rurales con la de zonas urbanas, basándose en la técnica de resonancia magnética funcional, y encontró que, la amígdala se activaba con mayor prevalencia en la población que residía en la ciudad; por lo que concluye que el estrés puede ser uno de los factores detonantes para que emerjan los problemas de salud mental.

Esto se confirma con el estudio realizado en Estados Unidos en la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH, por sus siglas en inglés) (2014), en el cual se identifica que, en países en desarrollo, el 51% de la población juvenil que reside en las zonas urbanas padecen síntomas depresivos; y dentro de los factores que determinan esta patología se encuentran la exposición a eventos estresantes y la falta de apoyo social. Esto es un indicativo de que la sociedad y la familia, no cumplen adecuadamente su rol de apoyo a los jóvenes y adolescentes en las situaciones que lo requieren. El ritmo de vida, las necesidades laborales y otras responsabilidades hacen que, en el sector urbano, principalmente, se descuide el acompañamiento y seguimiento a los adolescentes.

En el caso de Perú, Murillo (2017), realizó una investigación sobre la salud mental en una muestra de 87 estudiantes y 23 profesionales de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, se aplicó una metodología descriptiva, transversal y no experimental; se obtuvo como

resultado que el 50,9% de estudiantes demuestran un alto nivel de salud mental, en el nivel medio el 47,7%, y finalmente en el nivel bajo el 1,4%. A su vez, se identifican factores que han contribuido a la salud mental positiva como la satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía y habilidades de relación interpersonal.

Por su parte, en Colombia, Navarro (2016), implementó un estudio referente a las características de la salud mental positiva, con la participación de 98 estudiantes universitarios de la carrera de Ciencias Sociales, y basándose en una metodología descriptiva no experimental, obtuvo como resultado que, el 80% de los estudiantes tienen una actitud que manifiesta salud mental positiva con prevalencia de factores como el autocontrol, y relaciones personales. El resto de factores están presentes, pero con menor impacto; por lo que se sugiere desarrollar estrategias para que se potencialice y refuerce la salud mental de forma equilibrada en el desarrollo de todos los factores determinados.

En Ecuador, Alemán y Figueroa (2016), en un estudio realizado sobre la salud mental y la disfuncionalidad familiar en el cual participaron 414 estudiantes de Primer Año de Bachillerato de la ciudad de Cuenca, y mediante una metodología observacional descriptiva, determinó que un 94% de los estudiantes presentan algún tipo de alteración mental, mientras que en lo referente a la disfunción familiar, el 43,3% se identifican con ansiedad y depresión, lo cual desencadena en el adolescente problemas conductuales llegando al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

A su vez, se identifica que, los jóvenes durante su crecimiento se encuentran expuestos a factores que alteran su bienestar físico y mental, lo cual puede conducir a episodios depresivos que a la larga inducirán incluso al suicidio; por lo que la atención oportuna con estrategias de afrontamiento que se adapten a su historia personal, ayude a su estado emocional y su salud integral para optimizar y fortalecer su salud mental positiva.

Esto se corrobora con el estudio hecho por García (2018), quien sostiene que: “La salud mental influye en los suicidios, embarazos adolescentes, entre otros; ya que, en Ecuador, el aumento de partos adolescentes en edades comprendidas entre los 12 y 19 años, fue del 78%” (p.34), lo que afecta directamente la actitud de los adolescentes frente a los problemas cotidianos.

A su vez, el Centro de Investigación en Salud Pública y Epidemiología Clínica de la Universidad Tecnológica Equinoccial, CISPEC (2018), en un estudio sobre el análisis de la recurrencia de suicidios adolescentes a nivel nacional, reporta que los suicidios en niños y adolescentes con edades entre los 10 y 19 años (hombres y mujeres) se han incrementado el 6% en zonas urbanas y el 2% en las zonas rurales. Con lo cual se sugiere caracterizar y analizar la salud mental en los diferentes contextos, porque la información recabada permitirá determinar los principales indicadores que inciden en la calidad de vida y también en el bienestar de los adolescentes, desde una perspectiva de promoción y prevención.

Por lo que antecede, se establece que existen diferentes factores que afectan tanto la salud física como la mental de los adolescentes. A partir de ello, la presente investigación plantea como hipótesis: Existen diferencias en la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado entre el sector urbano y la zona rural del cantón Pujilí. Y para dar comprobar esta proposición, se establece los siguientes objetivos:

Objetivo general: Desarrollar un estudio comparado de la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado entre el sector urbano y rural del cantón Pujilí.

Objetivos específicos:

1. Fundamentar teórica y metodológicamente el estudio de la salud mental positiva.
2. Determinar los factores de la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado del sector urbano y rural del cantón Pujilí.
3. Establecer las similitudes y diferencias de la salud mental positiva de la población planteada.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se establece un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y comparativo, de corte transversal; la obtención de información se realizará con la aplicación de la técnica psicométrica que se basa en el uso de instrumentos de medición de los factores de la salud mental positiva y la encuesta para la toma de datos sociodemográficos. La población participante está conformada por 60 estudiantes.

Con el presente estudio se pretende caracterizar y analizar la salud mental en los diferentes contextos (sector urbano y rural), la información recabada permitirá determinar los principales

indicadores que influyen en el normal desarrollo emocional de los adolescentes; así mismo, esta información será la base que contribuya al abordaje futuro de la salud mental desde un punto de vista de promoción y prevención; para de esta manera aportar a los sistemas de salud y de educación, ante crisis normativas tanto propias de la edad como no normativas por situaciones o agentes externos que requieren contar con recursos y/o estrategias personales para afrontarlas satisfactoriamente.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1.Salud

La salud se considera como un estado de total bienestar tanto a nivel físico, como mental y social, en el que se rechaza la exclusiva ausencia de afecciones o también denominadas enfermedades (OMS, 1948). Por su parte Amar et al. (2008), refiere que, la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es una actitud optimista ante la vida, con una admisión de las responsabilidades que la vida pone sobre los hombros de cada persona. En este sentido, se identifica que, existen una serie de componentes que engloban no únicamente los aspectos físicos del ser humano, sino mentales y actitudinales, por lo que es necesario ampliar su campo de acción hacia estados mentales, actitudinales y de respuesta ante los retos que a diario debe enfrentar como parte de su diario vivir.

Por tanto, la salud es un estado de equilibrio dinámico, donde el sujeto tiene la capacidad de adaptarse activamente al medio en el que se desenvuelve; sin embargo, este proceso adaptativo, al ser dinámico, está condicionado por múltiples factores, que se encuentran en constante interacción más no aislados. Según Lalonde (1974) basado en modelo holístico de Laframboise (1973), los cuatro grupos determinantes en la salud son:

1. Estilo de vida y conductas de salud: consumo de estupefacientes, falta de ejercicio físico, tipo de alimentación, tensión, ansiedad, fatiga, angustia, nerviosismo.
2. Biología humana: compleción, herencia genética, crecimiento y envejecimiento del individuo.
3. Medio ambiente: contaminación de tipo físico, químico, biológico, psicosocial y sociocultural.
4. Sistema de asistencia sanitaria: inadecuada utilización de recursos, eventos desfavorables producidos por la calidad de la asistencia sanitaria, listas de espera enormes, incremento de la burocratización de la asistencia sanitaria.

En ese mismo sentido Carrazana (2003), menciona que, si se considera a una persona, como un ser a la vez individual y social, no debe tomarse a la salud solo como la ausencia de las enfermedades en la persona, sino que resulta de la interrelación de factores biológicos, sociales,

económicos, ambientales y políticos, los mismos que generan en conjunto los escenarios adecuados, para que una persona desarrolle todas sus capacidades y potencialidades. Además, se considera que la salud es un derecho, pero también una responsabilidad y la mejor forma de promoverla es a través de la educación a la población. Por su parte, Vélez (2007) indica que, a pesar de la existencia de algunas definiciones de salud, casi todas ellas coinciden en que la salud es una manifestación de la capacidad del ser humano por adaptarse a su ambiente.

1.2.Salud mental

Para la OMS (2018) la salud mental se constituye en un estado en el cual una persona está en la capacidad de enfrentarse al estrés que normalmente aparece en el diario trajinar, y desplegar todas sus capacidades a plenitud para avanzar en la vida diaria; de tal forma, la salud mental se constituye en la base sobre la cual se sustenta el bienestar de la persona, y también del funcionamiento de toda la comunidad que rodea a esa persona. Es decir, la salud mental es un estado. que le permite a la persona, alcanzar un bienestar subjetivo, así como el desarrollo de distintas habilidades como las cognitivas, las motrices y las afectivas, a nivel individual, familiar y social. Por tanto, hay que tener en cuenta el contexto y entorno en el cual se desenvuelve, en el marco que rige una sana convivencia armónica inclusive con la naturaleza que le rodea.

Por su parte, para el National Institute of Mental Health (NIH) (2010), la salud mental es el estado psicológico y emocional general de una persona, lo que le permite enfrentarse adecuadamente a las situaciones cotidianas, así como actuar con responsabilidad, resolver los retos y llevarse bien con las demás personas de su entorno.

Por lo tanto, la salud mental se constituye en la forma de pensar, de sentir y de actuar de una persona en el diario vivir. La salud mental permite, además, determinar el manejo del estrés de una persona en su interrelación con sus semejantes y en el desenvolvimiento de sus actividades. De ahí entonces, la importancia de la salud mental a lo largo de la vida de las personas.

Al respecto, varias disciplinas han aportado a la comprensión de este tema como la psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, entre otras. En este sentido, se toma en cuenta el criterio de Seligman (2012), cuando manifiesta que a la salud mental es necesario analizarla desde un enfoque positivo, lo que indica que, los recursos que forman parte del entorno cotidiano, de la

formación familiar, del contexto social, al ser plenamente identificados y modificados, pueden constituirse en aportes fundamentales para el desarrollo del individuo.

A partir de lo expuesto, Moreno y Marrero (2017), determinan que, desde el instante mismo de la concepción, todos los seres humanos se exponen a una serie de factores que de una u otra manera podrían afectar su normal desarrollo, y en su enfoque cognitivo, físico y afectivo, estos factores pueden ser modificados de tal forma que se conviertan en herramientas que le permitan un desenvolvimiento pleno. Para ello, es necesario que, tanto los sistemas de salud como educativos, se enfoquen en una detección oportuna de posibles factores negativos, para que se transformen en positivos. Este proceso no se trata de un complejo esquema de acción, sino más bien de diseñar estrategias concretas y aplicables adaptadas a los diferentes momentos del desarrollo humano para que se conviertan en fortalezas importantes de un grupo social determinado.

Por su parte, Quishpi (2015), en el trabajo desarrollado en la zona rural de la provincia de Cañar, en base al análisis del actual estado de la atención en salud mental, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir, con un enfoque cuantitativo y transversal, establece que es imposible hablar de un Buen Vivir si no se logra un equilibrio entre mente y cuerpo de los individuos; es decir que, no se trata de lograr un bienestar físico o mental por separado sino de manera integral, buscando siempre una adecuada relación interpersonal de los individuos en relación consigo mismo y el medio ambiente que les rodea, y solo en ese instante se puede señalar que se ha logrado un equilibrado estado de salud mental.

Es evidente que, no todos los grupos sociales resultan lo suficientemente homogéneos para que se logre una influencia similar en el desarrollo de su bienestar, inclusive dentro del mismo seno familiar es probable que se puedan generar actitudes diferentes debido a una serie de factores internos o externos del individuo al cual se encuentra expuesto y puede modificar su desarrollo social, autocontrol, autonomía y otras características que forman parte de este proceso; en este sentido es importante generar la posibilidad de identificar cuáles son las características dentro de los diferentes contextos, en este caso del sector urbano y rural, ya que permite la obtención de insumos para generar acciones que mejoren la salud mental de los estudiantes de bachillerato.

Un factor importante que se debe tener en cuenta es la relación del rendimiento académico y la salud mental de los estudiantes de enfermería, por ello se recurre a la investigación presentada por Saavedra (2017), en donde analiza la salud mental y el rendimiento académico de la muestra descrita. Trabajo desarrollado bajo en un enfoque cuantitativo y descriptivo; lo que ha permitido establecer como conclusión que cada uno de los criterios que fortalecen la salud mental, tienen una influencia directa en el rendimiento académico de los estudiantes debido a que, si se eleva el nivel de dichos criterios también se genera un aporte positivo y notorio en el rendimiento de cada uno de los individuos que han participado en el proceso investigativo.

Por lo tanto, el tema que hace relación al rendimiento académico, tiene varios enfoques que influyen directamente en su óptimo desarrollo, sin embargo, la salud mental es uno de los elementos que más se relacionan con los logros del estudiante en sus actividades escolares; ya que propicia un desenvolvimiento en sus relaciones interpersonales, en su autocontrol, en la seguridad hacia sí mismo, entre otros. Cabe indicar que, más allá de las limitaciones materiales que se puedan tener en un entorno educativo, proveen de las herramientas para sobrellevar y superar dichas circunstancias adversas; en este sentido, es importante analizar cuáles son las realidades del sector urbano y rural del cantón Pujilí, para establecer parámetros y generar conclusiones que apoyen y aporten a la solución de la problemática investigativa.

1.3. Salud mental positiva

Con respecto a la salud mental positiva, la OMS (2004), determinó varios enfoques que permiten optimizar el conocimiento de lo que se conoce como Salud Mental Positiva (SMP), y establece que, son los esfuerzos requeridos con el objeto de contribuir en la construcción de un espacio de salud mental, que marque distancia de los modelos habituales como del biomédico, así como del comportamental. A esta postura se la puede establecer como una visión positiva de la salud mental y es el producto de la evolución del conocimiento en el ámbito de la salud integral humana; producida a finales de los años cuarenta del siglo pasado, ya que se ha buscado determinar un amplio concepto que englobe elementos de la calidad de vida. En virtud de lo cual, se señala que un individuo goza de salud mental positiva cuando se ha logrado establecer un equilibrio entre lo que la vida le ofrece, y lo que él espera de la vida.

Conforme lo señalan Vázquez y Hervás (2008), cuando se presentan situaciones difíciles y conflictivas en la vida, la persona, es capaz de robustecer la edificación de sus cualidades positivas. Para este efecto, recurre, en primer lugar, al análisis de las experiencias positivas, luego desarrolla una aproximación al estudio de las fortalezas psicológicas de la persona y finalmente analiza las características que determinan una organización positiva.

Este fortalecimiento de actitudes para superar situaciones adversas, ha sido analizado por la psicología positiva cuando trata de entender las emociones, fortalecer las virtudes y potenciar las capacidades humanas enfocadas en el logro de la excelencia; reflejadas en el bienestar integral al tener en cuenta que aspectos como la enfermedad y los desórdenes psicológicos también forman parte de la realidad de su existencia. Por lo tanto, si la psicología positiva actúa en el individuo, se fortalece la posibilidad de alcanzar o mejorar su salud mental. Para lograrlo, este nuevo enfoque psicológico no busca sustituir a la psicología tradicional ni tampoco desvirtuar la importancia de tratar los diferentes desórdenes mentales, sino más bien buscar estrategias equilibradas de análisis y tratamiento y toma en cuenta tanto las dificultades como también las fortalezas del individuo, para reorientarlas en su beneficio dándole sentido a su vida.

Por su parte, autores como Serrano y García (2016), afirman que la psicología positiva ha incorporado conocimientos nuevos como la sabiduría, el conocimiento, los valores, el amor, la templanza, la trascendencia. Aspectos que forman parte de una nueva evidencia científica que determina que cada uno de los factores citados pertenecen a un conjunto de habilidades innatas que responden a aspectos genéticos que, si bien están previamente determinados en el estudiante, pueden ser fortalecidos o modificados, principalmente en la infancia, con la finalidad de que cuando lleguen a la juventud o adolescencia puedan sobrellevar cualquier tipo de conflicto que se les presente en su vida cotidiana.

En este marco, Llach (1999), indica que Jahoda, mediante su modelo de Salud Mental Positiva, suministra ciertas pautas orientadoras para el estudio de la salud mental positiva y el diseño de programas de intervención encaminados a potenciar las habilidades personales y los recursos, además realiza un estudio psicológico de la salud mental positiva, integrando en un proceso de interdependencia los aspectos físicos y mentales del individuo.

1.4. Dimensiones de la salud mental positiva

En el enfoque propuesto por Jahoda (1958), se consideran aspectos tanto de salud física como aspectos psicosociales, a pesar que dicho enfoque gira en torno a la salud mental de la persona. En ese sentido, el autor expone una serie de criterios, para caracterizar el estado de salud mental positiva. Estos criterios podrían aplicarse tanto a personas sanas, como también a pacientes con diferentes trastornos mentales. Por lo tanto, Jahoda pretende a través de su propuesta, definir cuáles son las dimensiones de la salud mental positiva (Vásquez & Hervás, 2008). Estos factores o dimensiones se detallan de la siguiente manera:

1. Actitudes hacia uno mismo
2. Crecimiento y autoactualización.
3. Integración entre equilibrio psíquico, filosofía personal sobre la vida y la resistencia al estrés.
4. Autonomía.
5. Percepción de la realidad.
6. Dominio del entorno/adaptación al ambiente.

Así también, Rodríguez (2002), señala que hay factores que interfieren en la salud mental positiva, entre ellos se pueden mencionar el alcoholismo, la depresión, las drogas, lo que significa que para que una persona se encuentre gozando de una salud mental positiva su espacio corporal, mental y social debe estar en plena armonía, pero con la existencia de los elementos negativos citados dicha armonía se rompe. Por lo tanto, se produce un desequilibrio que impide un bienestar total e integral del individuo. Sin embargo, también se hace referencia a que este tipo de factores afectan de forma indistinta y que dependen del sexo, edad y nivel socioeconómico.

Por otra parte, con respecto a los factores que actúan en la salud mental positiva, se considera que existen aspectos y elementos subjetivos y normativos que interfieren en la salud mental integral de los individuos, a los que se los denomina como enfermedades mentales modernas, entre ellas la depresión y el estrés, es decir que, entre los factores que interfieren en la SMP existen elementos que pueden tener carácter orgánico, social o mental que no aportan para un

desarrollo pleno del ser humano, en este caso de jóvenes y adolescentes que cursan el bachillerato en el cantón Pujilí.

En cambio, Pérez (2017), presenta una investigación que hace referencia a los factores que favorecen a la salud mental en adolescentes, el cual se trata de un estudio de tipo empírico, descriptivo, no experimental, y cuantitativo, cuya principal conclusión es que, los altos niveles de salud mental se relacionan con la felicidad, autoestima y optimismo. Empero, un elemento negativo que enfrentan los estudiantes mexicanos que participaron del presente estudio, son los rasgos depresivos, generalmente causados por conflictos familiares o predisposición genética y/o desinterés de las instituciones encargadas de la salud y educación, que no han tomado las medidas pertinentes para lograr que este tipo de características de la población, puedan ser controladas o transformadas.

Como se ha señalado previamente, los factores que median para el logro de la salud mental positiva son: madurez, perspectiva individual, felicidad, autoestima y optimismo, lo cuales pueden depender de aspectos sociales y culturales. Sin embargo, se ha determinado que es muy adecuada la exposición que al respecto hace Lluch (1999), quien generó una escala para medir la salud mental positiva y que, según su criterio, trata de contemplar una interacción directa de diferentes factores, entre ellos biológicos, psicológicos, sociales y éticos. Puesto que confluyen directamente en la construcción de una personalidad sólida y estable; además, permite la integración de una serie de cualidades adicionales para potenciar el desarrollo completo de una persona. Con la finalidad de ampliar la información de las dimensiones que intervienen en la salud mental positiva se han determinado las siguientes:

1. Satisfacción personal: permite la implementación de indicadores relacionados con ciertas características que identifican la existencia de una verdadera satisfacción personal, así como el establecimiento de nuevas perspectivas futuras en el corto, mediano y largo plazo.
2. Actitud prosocial: identifica, mediante los respectivos indicadores los niveles de actitud altruista, de apoyo mutuo, de aceptación y búsqueda constante de su propio bienestar y de los demás.

3. Autocontrol: establece las características, niveles y estrategias que el individuo aplica para afrontar altos niveles de estrés generados por problemas, conflictos o dificultades que le permiten mantener equilibrio, tolerancia y control frente a situaciones adversas.
4. Autonomía: consiste en identificar la capacidad del individuo para tomar sus propias decisiones, basado en sus criterios los cuales se apoyan en su independencia, seguridad en cada uno de sus actos, confianza en sí mismo, así como la responsabilidad para asumir las consecuencias de ser el caso.
5. Resolución de problemas: se conforma de indicadores que identifican la capacidad de adaptación las distintas situaciones que pueden generarse como consecuencia de un problema o dificultad, lo que genera la posibilidad de tomar decisiones para alcanzar un desarrollo personal sistemático y permanente.
6. De relación interpersonal: hace referencia a las características que le permiten a la persona establecer vínculos de amistad con otras, desarrolla la empatía, respeta y valora los sentimientos de los demás y se preocupa siempre por apoyar al resto de las personas de acuerdo a sus posibilidades.

A su vez, propone que, para tener mucha mayor certeza en los índices de salud mental positiva, se debe tener en cuenta otras variables como: la edad, el sexo y sentido de coherencia; esto debido que, a decir del autor, los valores pueden ser relevantes y diferenciados casi en todos los factores descritos, pues, a medida que un individuo se expone a elementos positivos, los que ya dispone se activan y se potencializan de una manera muy notoria, llegando a mejorar su concentración, atención y participación dentro de las actividades que desarrolla, siendo una herramienta muy útil en el campo educativo específicamente.

Estas características impulsan al logro de la felicidad, el optimismo y la motivación como ejes fundamentales para lograr una salud mental positiva, siendo un requisito previo que se haya trabajado en ciertos factores asociados; que si bien, no son complicados, pueden establecer límites difíciles de superar de forma aislada. Por tanto, lo que se requiere es el apoyo constante de profesionales que tengan claro el enfoque y sean capaces de seleccionar, crear o adaptar estrategias válidas y confiables para mejorar la salud mental de niños y jóvenes, tanto de sectores rurales como urbanos. Dichas experiencias pueden ser replicadas en otros sectores para masificar el concepto y las estrategias diseñadas para este efecto.

1.5. Salud mental positiva en la adolescencia

Para entender mejor sobre la salud mental positiva en la adolescencia es importante ver el punto de vista de varios autores; Aguado y Cembrero (2019), indican que, en la adolescencia se forman las bases de una buena salud mental con repercusiones en la edad adulta. Por ejemplo, en el aspecto educativo están sometidos a situaciones estresantes como los exámenes, sobrecargas de tareas, actividades extraescolares, lo que a la final puede llevar al agotamiento, a la falta de motivación, a la presencia de ansiedad y baja autoestima. Y es por esto que, es fundamental considerar a la salud mental del adolescente desde una perspectiva positiva, y esto se lo puede hacer por medio del autocuidado y el desarrollo de habilidades asertivas, fomentando el desenvolvimiento satisfactorio y saludable en su diario vivir.

A su vez, Muñoz (2020), indica que, en el proceso de la consolidación de la salud mental positiva en los adolescentes, se pueden distinguir tres aspectos que inciden en el desarrollo de los procesos de construcción del conocimiento durante esta etapa, los cuales se describen a continuación:

El primer aspecto, es reconocer al adolescente como un sujeto que está sano mentalmente y se resaltan las condiciones que se requieren para el desarrollo del bienestar. El segundo aspecto, es reconocerlo como un sujeto activo histórico y socialmente determinado, con lo cual su participación para identificar sus condiciones de vida, potencialidades y capacidades, es completamente validada. Y finalmente, el tercer aspecto, está relacionado con la posible identificación de los recursos y ambientes que puedan satisfacer las necesidades tanto personales como sociales del adolescente, dándoles además un rol activo en los cambios sociales (Muñoz, 2020).

Por otra parte, autores como Medina, Irija, Martínez y Cardona (2012), mencionan que, una de las características en común que tienen la salud mental positiva, en diferentes grupos de adolescentes, es que el factor satisfacción personal alcanza la mayor puntuación, mientras que el de menor puntuación es el factor autocontrol.

Con respecto a la dependencia de la salud mental positiva en relación al sexo del estudiante, Medina et al. (2012) afirma que, los resultados son controvertidos, ya que por ejemplo en la

dimensión satisfacción personal, las mayores puntuaciones se observan en los hombres, mientras tanto Anicama et al. (2012), expone que, no existen diferencias significativas de las puntuaciones de hombres y mujeres.

Sin embargo, algunas investigaciones realizadas por González et al. (2013), Samper, Mestre y Malonda (2015), evidencian que, en el autocontrol de las emociones, la autonomía y la capacidad de resolver problemas, el puntaje más alto lo obtuvieron los hombres, mientras que, Garaigordobil (2009) y Lluch et al. (2013), demuestran que, las mujeres alcanzaron mayor puntaje en la actitud prosocial y la habilidad de establecer relaciones interpersonales con los demás. En ese sentido Medina et al., (2012) sugiere que, es necesario realizar investigaciones enfocadas en profundizar más sobre el estudio de esas variables, y además es necesario analizar el efecto de protección que tienen las variables relacionadas con la personalidad sobre la salud mental positiva de los adolescentes.

1.5.1. Adolescencia

La adolescencia, aunque es una etapa de vital importancia para todas las personas, resulta difícil definirla. A continuación, se indica el punto de vista de varios autores:

Según la OMS (1990), la adolescencia es el periodo que comprende desde los 10 hasta los 19 años, y es una etapa compleja de la vida, la cual marca el paso de la infancia a la adultez, en ella se producen cambios biológicos, físicos, psicológicos, sociales e intelectuales. Por otra parte, Anthony (2011) manifiesta que, es complicado definir a este periodo de la vida, ya que, en relación con los cambios físicos, la maduración cognitiva y emocional, las experiencias de cada individuo son diferentes, ya que, se dan cambios a diferentes edades, tanto en los hombres como en las mujeres, incluso se presentan diferencias individuales dentro de personas del mismo sexo.

Por su parte, Sebald (1992) corrobora lo anterior y manifiesta que, debido al hecho de que existen múltiples definiciones sobre la adolescencia que responden a diferentes puntos de vista, buscar el término más adecuado para definirla resulta complicado. En ese sentido, Delval (1998), indica que los diferentes conceptos sobre la adolescencia abarcan tres posiciones teóricas: la teoría psicoanalítica, la teoría sociológica y la teoría de Piaget o cognitiva-evolutiva.

Con respecto a la teoría psicoanalítica, Erikson (2004) indica que la adolescencia es el resultado del desarrollo que ocurre en la pubertad, lo cual lleva a una vulneración de la personalidad provocada por cambios en el equilibrio psíquico. modificación del equilibrio psíquico, que produce una vulnerabilidad de la personalidad. Al mismo tiempo se da un cambio en las relaciones familiares y un despertar de la sexualidad, lo que algunas veces puede llevar a una desvinculación con la familia y el apareamiento de nuevas relaciones sociales. En este proceso, Adrián y Rangel (2012) mencionan que, la persona puede experimentar crisis por difundir su identidad, lo cual ocasiona que el adolescente se esfuerce tanto en definirse, sobredefinirse y redefinirse a sí mismos, con resultados dudosos. Por lo tanto, esta teoría destaca los factores internos de los adolescentes, que pueden provocar problemas de integración a la sociedad.

La teoría sociológica según Dávila (2005), considera que la adolescencia es el producto de tensiones y presiones sociales, a los que el adolescente está sometido en su camino por adquirir un rol social. Además, autores como Adrián y Rangel (2012) indican que la situación que se genera, unido esto a la dilatación de los procesos que lo conducen hacia la vida adulta, provoca un estado de vulnerabilidad en los jóvenes. Por lo tanto, esta teoría considera que los factores externos al individuo, y que son de tipo social definen a la adolescencia.

La teoría de Piaget también llamada Teoría cognitiva-evolutiva según Delval (1998), resalta el hecho de que en la adolescencia se producen cambios en el pensamiento, los mismos que acompañan a las transformaciones sociales y afectivas, además presentan la tendencia a elaborar planes de vida, por lo tanto, esta teoría establece que la adolescencia es el producto de factores tanto individuales como sociales.

1.5.2. Etapas de la adolescencia

- **Adolescencia temprana**

Ocurre entre los 10 años y los 13-14 años en los varones, y entre los 8-10 años y los 11-12 años en las mujeres, aquí se dan los primeros cambios físicos y psicológicos, la persona trata de establecer sus criterios propios, aunque es rechazado por los adolescentes, tiene el deseo de dejar de relacionarse con los niños y de ser considerado como tal, y esto hace que desarrolle una desadaptación social, incluso dentro del núcleo familiar, lo cual puede provocar cierto tipo de

alteraciones de carácter emocional tales como la ansiedad y depresión, lo cual tiene influencia directa en su comportamiento, lo que además contribuye al aislamiento.

Todo esto es lo que se denomina “crisis de entrada en la adolescencia”; además se dan cambios en el entorno del adolescente, por ejemplo: el cambio de la escuela al colegio, nuevos profesores, nuevos compañeros, y nuevas responsabilidades. (Papalia et al., 2009). Un factor de apoyo muy importante en esta etapa lo constituye la familia, especialmente el padre, la madre o el tutor, ya que pueden contribuir a que el adolescente pueda estructurar adecuadamente su personalidad y además superar la ansiedad ocasionada al enfrentarse al cambio (Delval, 1998).

- **Adolescencia intermedia**

Se da entre los 13-14 años y los 15-16 años en los varones, y entre los 12-13 años y los 14-15 años en las mujeres. En esta etapa el adolescente alcanza un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, además en lo relacionado a su potencial, tiene un parcial conocimiento y percepción, alcanza cierta seguridad con la integración de su grupo y además consigue satisfacciones al establecer amistades. En esta etapa empieza su adaptación a otros adolescentes, integra grupos, lo que puede mitigar en forma parcial el posible rechazo de los padres, dejando de lado la admiración al rol paterno (Papalia et al., 2009). Esto se debe a que, desarrolla su autovaloración y autoconciencia, además su identidad personal es más clara y asume determinadas posiciones, las cuales en ciertas ocasiones pueden provocar confrontaciones, las cuales pueden ocasionar sanciones y censuras en el medio donde se desarrolla (Cabascango, 2017).

- **Adolescencia tardía**

En los varones transcurre entre los 15-16 años y los 18-19 años, y entre los 14-15 años y los 18-19 años en las mujeres. Se caracteriza por la disminución de la velocidad de crecimiento del cuerpo, y empieza la recuperación armónica proporcional de los diferentes segmentos del cuerpo; lo cual brinda seguridad a los adolescentes, lo cual contribuye a superar las crisis de identidad de la etapa anterior. Por otro lado, comienzan a controlar sus emociones, además que tienen mayor autonomía e independencia. El hecho de asumir nuevas responsabilidades, se presenta cierto grado de ansiedad. A pesar de que todavía no alcanzan la madurez plena, ni

tampoco la experiencia para asumir dichas responsabilidades (Craig, 1997; Delval, 2000 & Papalia, Wendkos, Duskin, 2001).

1.5.3. Cambios durante la adolescencia

- **Desarrollo físico**

Con respecto al desarrollo físico en esta etapa, Papalia et al., (2009), menciona que se da en forma diferente en cada individuo, ya que puede iniciarse antes o después que el resto de adolescentes. Se ha podido observar que los individuos que empiezan su desarrollo en forma prematura revelan mayor seguridad, presentan mayor independencia y establecen mejores relaciones interpersonales; en cambio, quienes empiezan su desarrollo tardíamente, tienden a poseer sentimientos de rechazo hacia sí mismos, un negativo autoconcepto de sí mismos, presentan además mayor grado de dependencia y rebeldía (ver tabla 1). De ahí que la aceptación de tales cambios contribuirá al mejor ajuste psicológico y emocional del adolescente. (Craig, 1997; Delval, 2000 & Papalia et al., 2001).

Tabla 1. Diferencias físicas, según el sexo

Hombres	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del tamaño de los testículos y las bolsas escrotales • Aparición del vello púbico. • Crecimiento longitudinal del pene y en segundo lugar en grueso. • Crecimiento del vello axilar y posteriormente por el resto del cuerpo. • “Estirón puberal” (Aumento notable de la talla corporal). • Ensanchamiento de los hombros. • Cambios de tipo muscular, óseo, cutáneo. • Cambios en la voz. Aparición de la nuez de Adán. • Primera eyaculación, generalmente es nocturna, puede ser espontánea o por auto manipulación (masturbarse).
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Comienzo del desarrollo del tejido mamario. Posibles molestias • Inicio del crecimiento del vello pubiano • Aumento de volumen de los ovarios, trompas y útero • Menarquia o primera menstruación entre los 10 y 12 años, aunque hay reportes a los 8 años, la cual puede estar separada de las siguientes incluso por varios meses. • Generalmente transcurren 1 o 2 años antes de que aparezcan los ciclos regulares • Ensanchamiento de las caderas • Redistribución del tejido graso en mamas y glúteos • Generalmente se adelantan en su desarrollo alrededor de 2 años con referencia a los hombres.

Fuente: Tomada de López, Corral, López & Ibis, s.f., p.15

- **Desarrollo psicológico**

Con respecto al desarrollo psicológico, Papalia et al. (2009) indica que los cambios físicos experimentados vendrán acompañados con cambios psicológicos, estos últimos, se dan en dos niveles: cognitivo y comportamental. Esta etapa se caracteriza por el apareamiento del pensamiento abstracto, el cual repercute en la autoimagen que tiene el adolescente sobre sí mismo. Además, está en capacidad de construir teorías y sistemas, se torna introvertido, autocrítico y analítico. Por otro lado, la libre reflexión espontánea ha desplazado a la inteligencia formal, de tal manera que desde el punto de vista intelectual el adolescente toma una postura completamente egocéntrica (Craig, 1997; Delval, 2000 & Papalia et al., 2001). No obstante, cuando el individuo se da cuenta que no hay que contradecir a los demás, si no anticipar e interpretar la vivencia, es cuando se alcanza el equilibrio (Piaget, 1983 & Stanford Children's Health, 2021).

A su vez Mussen, Janeway y Kagan (1982) refiere que, los cambios psicológicos, que se dan gradualmente, no solo son operaciones formales de pensamiento, ya que, se independiza con respecto a la familia, estableciendo mejores relaciones y cooperaciones con sus pares, además de adaptarse mejor a la madurez sexual. Adquiere el sentido de identidad y logra enrumbar su vida, lo que le lleva a adquirir independencia y autonomía.

Se presentarán dificultades de tipo emocional durante el proceso de desarrollo psicológico y la búsqueda de su propia identidad. Y según se den los avances en su desarrollo cognitivo, los individuos adquieren la capacidad de ver los conflictos y las incoherencias entre los roles que ellos han asumido y los roles del resto de personas, lo que le permite a la fina incluir a sus padres. La elaboración de su nueva identidad que la llevará a partir de este instante, se da por la resolución de esos conflictos e incoherencias (ver tabla 2). La imagen personal, las expectativas sociales y el afrontamiento del estrés, son factores que influyen en el desarrollo emocional (Craig, 1997; Delval, 2000 & Papalia et al.,2001).

Tabla 2. Desarrollo psicológico en la adolescencia

Cambios psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Egocentrismo • Invulnerabilidad, asociado a las conductas impulsivas y de riesgo • Iniciación del pensamiento formal: comienzan las teorías con argumentos que justifiquen sus opiniones • Ampliación del mundo: surgimiento de intereses propios • Apoyo del grupo y la importancia de la identificación con los otros • Redefinición de la imagen corporal • Culminación del proceso de separación/ individualización y sustitución del vínculo de dependencia • Elaboración de una escala de valores propia • Culminación del proceso de separación/ individualización y sustitución del vínculo de dependencia • Elaboración de una escala de valores propia
-----------------------------	---

Fuente: Tomada de Méndez, 2009, p. 240

• **Desarrollo social**

Una gran influencia tiene la sociedad en el adolescente, en la adquisición de actitudes, comportamientos y normas, a este proceso se le denomina socialización, y durante este período, el individuo atraviesa una época conflictiva (Bruckner, 1975). La emancipación de los padres y la búsqueda de la independencia, conjuntamente con la aparición de nuevas necesidades emocionales y nuevos sentimientos, provocan que busque apoyo en otros sujetos de su misma edad, en lugar de buscar apoyo en su propia familia. Si dentro del núcleo familiar la comunicación es asertiva, con una positiva dinámica familiar, el individuo no requiere consentir las demandas de otras personas fuera de su familia, y además en algunos temas, aceptará las opiniones de sus padres en lugar de aceptar las opiniones de sus pares (Rice, 2000).

Sin embargo, Rice (2000) menciona que, el reforzamiento de la imagen propia por parte del adolescente, se da a través de la pertenencia a un grupo social, ya que así ellos buscan compartir intereses comunes y formar relaciones. Por lo tanto, el objetivo que se proponen es ser aceptado por los miembros del grupo, ya que este les ayuda a establecer límites de tipo personal y algunas veces aprender ciertas habilidades de tipo social, las cuales le permitirán obtener su propio concepto de la sociedad en la que se desenvuelve y que en el futuro les ayudará a ser parte del mundo de los adultos. Es por esto que al sentirse rechazado por parte de los demás se convierte en un serio problema.

Por otro lado, el contexto en el cual se desenvuelve el adolescente, influye en su conducta. En este sentido, Jiménez, Arriscado, Gargallo y Dalmau (2020), mencionan que, los adolescentes de las zonas rurales, registran un mayor número de horas de sueño, con respecto a los de las zonas urbanas. Esto se corrobora por lo expresado por Yang, Bu, Dong, Shan y Wang (2009), en el sentido que, en las zonas urbanas, hay una mayor prevalencia de problemas que están relacionados con el sueño. Esto parece estar influido por el hecho de que en las áreas urbanas el uso de aparatos tecnológicos como celulares y computadoras urbanas (Dollman, Masher, Olds & Ridley, 2011), y el ruido y otros aspectos ambientales es mayor que en las áreas rurales.

Así mismo, Jiménez et al. (2020) indica que, en las urbanas aumenta el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos y enfermedades mentales. Y esto se debe a que, en las zonas urbanas, son más comunes ciertos tipos de factores como los sociales: estrés, ritmo de vida y aislamiento social y, los factores físicos como: tipo de vivienda, densidad poblacional, niveles de contaminación.

En lo que respecta a las instituciones educativas en el contexto urbano y rural, Portillo (2005) observó que, en las instituciones rurales los jóvenes son más desordenados en comparación de los estudiantes de las instituciones urbanas. Indica además que, de manera general, existe en los dos contextos, la tendencia a que los adolescentes sean desordenados y además su ambiente de trabajo sea ruidoso. Sin embargo, los estudiantes de la zona urbana suelen ser un poco más disciplinados y esto puede deberse a que los directivos y cuerpo docente de las instituciones educativas de esta zona son más estrictos al momento de aplicar el reglamento escolar, y los jóvenes saben que, en caso de no cumplir con el reglamento del colegio, pueden ser sujetos a sanciones.

1.5.4. Factores de riesgo en la adolescencia

En la actualidad se ha creado según Donas (2001), una “cultura de riesgo” en los adolescentes, originado por muchos valores que ellos cultivan en forma intensa y que pueden llegar a convertirse incluso en una obsesión. Esta cultura según Páramo (2011), abarca una serie de factores que dan lugar a ciertas conductas de riesgo, que traen consecuencias negativas para el desarrollo y la salud del joven. Para la Organización Mundial de la Salud (2014), el factor de riesgo es cualquier conducta o situación, que aumenta la probabilidad de una persona de sufrir

una lesión o una enfermedad. Muchas de las patologías observadas en los adolescentes están influenciadas por las conductas de riesgo (Páramo, 2011).

Los adolescentes que son incapaces de abordar y enfrentar adecuadamente los problemas que se les presentan en su diario vivir, probablemente padecen de algún trastorno. Por otro lado, un gran problema que se presenta especialmente en los varones, debido a que ellos tienen dificultades para expresar y demostrar sus sentimientos, es el aislamiento (Rice, 2000).

La soledad es otro problema que se presenta en esta etapa de la vida. Las causas para esto son diversas, por ejemplo, algunos individuos presentan dificultades para poder relacionarse con las demás personas, otros en cambio presentan problemas de conducta y de adaptación a diversos tipos de situaciones, y otros presentan vulnerabilidad ante la crítica y padecen una autoestima baja, por lo que para evitar el rechazo de los demás, evita ciertas situaciones que podrían resultarles vergonzosas (Rice, 2000).

A su vez, ciertos tipos de patologías como: rebeldía, depresión, drogadicción, empujamiento o tendencia al suicidio, se relacionan con las pocas habilidades que posee el adolescente para enfrentar de forma adecuada al estrés, y esto puede repercutir negativamente con graves consecuencias, además la agresividad y los desórdenes de tipo alimentario acompañan a las patologías antes mencionadas. Asociada a la depresión está la negativa interpretación de los fracasos y su percepción sobre eso, lo cual repercute en mayor proporción en la conducta del joven, el cual muestra su estado de ánimo hacia el mundo exterior y a la vez propicia un rechazo social (Myers et al., 2000).

La privación de sueño, provoca irritabilidad y una disminución de la motivación, también afecta la concentración y por consiguiente el rendimiento escolar. Por otro lado, en los adolescentes que conducen vehículos, la somnolencia puede ser fatal (Papalia et al., 2009). Millman (2005), menciona que algunos estudios han demostrado que los jóvenes comprendidos en edades entre 16 a 29 años, tienen mayores probabilidades de verse involucrados en accidentes provocados por conductores que se quedan dormidos. Algunos expertos indican que los problemas de sueño de los jóvenes son consecuencia de cambios biológicos (Sadeh, 2000). La hormona responsable del sueño es la melatonina y cuando disminuye la secreción de la misma, se evidencian dificultades de leves a severas para conciliar el sueño.

Por otro lado, la preocupación excesiva de los adolescentes por controlar su peso y la imagen corporal (obesidad y/o trastornos alimentarios) incide directamente en su salud y esto les ocasiona dificultades en la asistencia a la escuela, en la realización de tareas domésticas o en la participación en actividades agotadoras o de cuidado personal (Swallen, Reither, Haas, & Meier, 2005).

Algunos adolescentes al tener la sensación que están siendo evaluados presentan cuadros de ansiedad y además se avergüenzan con mucha facilidad. Ante esta situación presentan una tendencia hacia la autoprotección, por lo que evitan los temas que revelen ignorancia, hablan menos, y tratan de controlar las emociones. Debido a la preocupación por lo que puedan pensar el resto de personas, aparece una forma de ansiedad de tipo social, que es la timidez. Todo eso, hace que el adolescente esté sometido a situaciones de estrés, lo que lo hace vulnerable, ya que se ve comprometido su sistema inmunológico, produciéndole una sensación de desesperanza, lo cual refuerza las conductas depresivas (Myers et al., 2000).

Los adolescentes presentan mayor vulnerabilidad al consumo de las sustancias psicotrópicas, las cuales podrían afectar a corto y largo plazo al aprendizaje y la memoria porque estimulan negativamente partes del cerebro que se encuentran todavía en desarrollo (White et al., 2005). Esto se corrobora con un estudio desarrollado por Brown, Tapert, Granholm y Delis (2000) en un grupo de jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 16 años, que consumían sustancias sicotrópicas en exceso, mostraron problemas cognoscitivos, semanas después de haber dejado de consumir dichas sustancias.

Con respecto a la muerte, los jóvenes tienden a no pensar mucho en ella, a menos que hayan experimentado de cerca la muerte de algún familiar (Papalia et al., 2009); ya que, al ir descubriendo su identidad, se preocupan más del presente que del futuro; sin embargo, diversos estudios han demostrado que la tercera causa de muerte en los adolescentes en la etapa tardía es el suicidio consumado, donde los varones presentan cinco veces mayor riesgo que las mujeres. Se asocia a este problema los trastornos adictivos, episodios de depresión y ansiedad, personalidad inestable, comportamiento de tipo antisocial, autoestima baja, poco control de las emociones, intolerancia a la frustración (Papalia et al., 2009).

El joven, en el transcurso del tiempo, podrá experimentar ciertos problemas y trastornos que en algunos casos lo harán vulnerable; sin embargo, bajo condiciones normales, esta situación podrá ser resuelta. Por lo tanto, es de gran importancia conseguir que el adolescente logre una adaptación adecuada en su entorno, de tal forma de que se integre a la vida social y además alcance la estabilidad emocional.

1.6. Factores que influyen en la salud mental positiva de los adolescentes

La adolescencia es una etapa de la vida que brinda oportunidades de crecimiento, no solamente en el aspecto físico, sino también en otros aspectos relevantes como la autoestima, la competencia social y cognoscitiva, y la autonomía. El apoyo que les pueda brindar los padres, los docentes y la comunidad, hace que los jóvenes se desarrollen de una forma positiva y saludable. (Youngblade et al., 2007).

Los problemas de la salud mental positiva de los adolescentes, están relacionados con conflictos familiares (violencia intrafamiliar, ruptura de pareja, negligencia), conflictos personales y entre pares, fenómenos de migración, discriminación étnica, falta de redes de apoyo, estilos de crianza (autoritarios o permisivos), eventos estresantes, predisposición genética, tal como lo manifiesta la OMS (2018), y menciona que la calidad de vida, las relaciones con sus pares, situaciones de violencia y dificultades socioeconómicas, están dentro de los factores determinantes de la salud mental del adolescente.

De acuerdo a lo mencionado, varios estudios de salud mental realizados en los países en desarrollo, exponen que el 51% de la población que reside en las zonas urbanas padecen algún tipo de problema de salud mental, donde los factores de riesgo podrían ser, la exposición a eventos estresantes y la falta de apoyo social (Waddington, 2015). De la misma manera, en un estudio realizado en Colombia por Vries y Gómez-Restrepo, a partir de los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Salud de 2015, y tomándose en cuenta a 9.656 encuestados, se pudo observar que los niveles de ansiedad y depresión en áreas urbanas fue de 9,6%, mientras que en las áreas rurales fue de 6,9%, es decir existen menores niveles de ansiedad y depresión en las zonas rurales. Una posible explicación a esta situación, es que, en la zona rural, los lazos interpersonales y familiares son más fuertes, por lo que se genera un apoyo o soporte emocional contra estas enfermedades mentales (Grisales, 2018).

Por otra parte, la felicidad, la autoestima y el optimismo son también variables fundamentales que se encuentran relacionadas con la salud mental positiva (González, 2004; Park, Peterson y Sun, 2013 & Seligman, 2012). En ese sentido Veenhoven (2016), indica que la felicidad, se constituye en un factor importante que actúa en el logro de la salud mental positiva, ya que forma parte de la virtud, la satisfacción y los afectos positivos fruto de experiencias emocionales placenteras. Por su parte, Acosta y Hernández (2004), refieren que la autoestima, constituye un factor que le permite al adolescente mirarse como una persona capaz de alcanzar sus propios objetivos de vida. Y finalmente Carver, Scheier y Segerstrom (2010), refiriéndose al optimismo indican que, es un estado de la personalidad que generalmente se mantiene estable en el tiempo y que genera una actitud positiva frente a las diferentes adversidades que se presentan en la vida cotidiana.

En conclusión, existen una serie de factores que tienen incidencia directa en la salud mental del adolescente y estos factores se encuentran en su propio entorno familiar y social. Los jóvenes con dificultades en su salud mental son susceptibles a la discriminación, la exclusión social, la estigmatización, dificultades en el ámbito educativo y violación de sus derechos. Por ende, es de fundamental importancia promover el cuidado de la salud mental desde una perspectiva positiva para una correcta adaptación en este proceso de transición, la adolescencia.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y enfoque de investigación

El paradigma en el que se enmarca la investigación, es el post-positivista, en virtud de que, este modelo demuestra que la realidad concurre, pero no puede ser comprendida totalmente ya que, siempre existirá un margen de error y los fenómenos de estudio no son controlables, además la naturaleza humana es imperfecta (Ramos, 2015). Lo que indica que, en este proceso se obtuvieron datos probablemente reales sobre las variables de estudio, procurando alejarse de la subjetividad, de los mecanismos intelectuales y tendencias perceptivas de la investigadora, para que se generen resultados lo más objetivos posibles.

2.1.1. Enfoque

El enfoque aplicado es el cuantitativo, porque el fenómeno de estudio estuvo sujeto a una valoración numérica. Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), este enfoque “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p.10). Por consiguiente, en este estudio se procesó y analizó cada uno de los respuestas alcanzadas en la aplicación de las pruebas, con el objetivo de determinar cuantitativamente el nivel de salud mental positiva de los evaluados del sector urbano y rural del cantón Pujilí, mediante la recopilación de información, la proposición de hipótesis, la utilización de estrategias estadísticas para validar la hipótesis formulada y así determinar el estado actual de los sujetos estudiados, y a la vez, reflejar conclusiones objetivas sobre la variable descrita.

2.1.2. Tipo de investigación

Según el diseño, la investigación es de tipo no experimental dado que, se evaluó a la variable independiente desde su entorno, evitando manipularla, controlarla o prepararla anticipadamente para la recogida de datos, los que después fueron analizados e interpretados. Por lo tanto, este diseño se enfoca en valorar escenarios preexistentes, es decir, sin que sean provocados intencionalmente por quien investiga; además, es imposible influir directamente sobre las

variables independientes porque ya ocurrieron y se las observa en su ambiente habitual o natural para el respectivo análisis (Hernández et al., 2003).

Según el alcance, en el estudio se aplicaron los siguientes tipos:

Descriptivo, puesto que, se caracterizó de manera detallada los factores e indicadores de la salud mental positiva de los participantes, a partir de la fundamentación teórica y de los resultados alcanzados; acorde a lo que manifiesta Tamayo (2004), este tipo de investigación pretende describir, registrar, analizar e interpretar los fenómenos de estudio desde su entorno.

Comparativo, ya que, se contrastaron los resultados de la salud mental positiva en los estudiantes del sector urbano y rural del cantón Pujilí, con el fin de identificar similitudes y/o diferencias en cuanto a las manifestaciones de dicho fenómeno; y, de esta manera, refutar o validar la hipótesis propuesta. Esto concuerda con lo que mencionan Carpi y Egger (2008) al decir que, la comparación busca descubrir la relación existente entre las variables a estudiarse, destacando sus semejanzas o disimilitudes a partir de una valoración enfocada en su ambiente natural, sin estar sometidos a estimaciones experimentales.

El corte aplicado es de tipo transversal, dado que se realizó en un tiempo y escenario específicos, conforme lo que señala Pavón y Gogeochea (2010), se mide la variable y sus características por una sola ocasión, sin tomar en cuenta su desarrollo, a su vez, puede ser aplicable a uno o varios grupos de estudio.

2.2. Población

Es el conjunto de elementos que coinciden con una gama de características o especificaciones, para ser investigados. Existen dos tipos, los cuales son: diana y accesible, la primera está definida por particularidades clínicas, epidemiológicas o demográficas, además la cantidad es muy extensa, lo que imposibilita al investigador tener un acercamiento a dicho universo; en cambio, la segunda corresponde al subconjunto de la población diana y está delimitada geográfica y temporalmente para la observación; así también, el número de casos es menor que la anterior, por lo que son accesibles para ser estudiados (Ventura, 2017).

Sobre esta base, en la investigación se utilizó el tipo accesible porque los participantes fueron 60 estudiantes que cursaban el Tercer Año de Bachillerato General Unificado, distribuidos de

esta forma: 30 del sector urbano y 30 del sector rural del cantón Pujilí, quienes se encontraban matriculados y asistían a clases durante el año lectivo 2019-2020 de las siguientes unidades educativas (U.E): U.E Belisario Quevedo, U.E Provincia de Cotopaxi y U.E Pujilí. Cabe indicar que, los estudiantes fueron remitidos por el DECE del Distrito de Educación 05DO4 del cantón Pujilí. Los casos considerados fueron aquellos que disponían de accesibilidad a medios electrónicos con conectividad a internet, puesto que, la mayoría no contaba con estos recursos y, debido al aislamiento por la crisis sanitaria del COVID 19, no se tuvo acceso a toda la población.

2.3. Métodos, técnicas e instrumentos

2.3.1. Método científico

Es un procedimiento que permite detectar la naturaleza de los sucesos o fenómenos observados para describirlos, explicarlos y predecirlos, poniendo a prueba la o las hipótesis y los instrumentos de medición investigativa, con el propósito de alcanzar nuevos conocimientos sobre la realidad en cuestión (Tamayo, 2004). Por ser uno de los más efectivos y sistematizados que utilizan procesos lógicos de pensamiento, fue aplicado en la realización de esta investigación, en pasos que luego se detallan.

Selección del tema de investigación, con base en la observación preliminar del fenómeno en los estudiantes del sector urbano y rural; formulación de la hipótesis, como proposición provisional que canalice la investigación y exploración del fenómeno: Existen diferencias en la salud mental positiva de los estudiantes adolescentes del sector urbano y rural del cantón Pujilí.

Para viabilizar la comprobación, se procede a la recopilación de la información, con la fundamentación teórica, la aplicación de los instrumentos de medición psicométrica y la ficha sociodemográfica; seguidamente, se realiza el análisis y la interpretación de los resultados logrados y, finalmente, se culmina con la concretización objetiva de conclusiones.

2.3.2. Técnicas

- **Psicométrica**

La técnica psicométrica está conformada por un conjunto de estrategias que facilitan la medición, de manera objetiva, el comportamiento de las unidades muestrales por medio de una valoración cuantitativa (Anastasi, 1988). Esto demuestra que, esta técnica es fundamental en el desarrollo de la investigación, pues, por medio de la aplicación de los instrumentos psicométricos, se determina numéricamente los factores de la salud mental positiva de los adolescentes.

- **Encuesta**

Es una técnica que permite conseguir la información requerida de forma simultánea, objetiva y eficaz en relación a las variables de estudio, inclusive puede valerse de medios tecnológicos para el efecto, en base a los indicadores propuestos en las herramientas que se adecúan a los requerimientos del proceso, así lo corroboran Casas, Repullo y Donado (2002) cuando manifiestan que: “La encuesta ofrece la posibilidad de obtener datos de manera rápida y objetiva, con la implementación de un cuestionario estandarizado” (p.146); en este sentido, la encuesta constituye una de las técnicas de recolección más usadas en la investigación. Por lo tanto, se seleccionó la encuesta, porque las preguntas fueron enunciadas por escrito con opciones de respuesta predeterminadas y no se requirió de la presencia de la investigadora, su aplicación fue a través de la herramienta virtual descrita anteriormente.

2.3.3. Instrumentos

- **Consentimiento informado**

Es una herramienta en la cual se solicita a los representantes legales de los encuestados, la autorización para que participen en la aplicación de los instrumentos respectivos; ahí se presenta toda la información pertinente y relacionada al tema de investigación, incluido el anonimato de los datos y su confidencialidad. Es necesario mencionar que, aparte de este escrito, los adolescentes también deben dar su consentimiento para colaborar en la investigación, lo cual se denominaría asentimiento informado.

- **Ficha sociodemográfica Ad Hoc**

Es un instrumento diseñado con los requerimientos específicos para la obtención de datos generales de los sujetos encuestados, en el cual se registró datos como: edad, sexo, institución, nivel de estudio, sector domiciliario, acompañantes de vivienda (familia, amigos u otros), número de hermanos y tipo de familia; esta información constituye un marco de referencia de las condiciones sociales y demográficas de los estudiantes.

- **Escala de Salud Mental Positiva**

Esta herramienta fue construida en el año 1999 por Teresa Lluch, apoyándose en el modelo multidimensional propuesto por Jahoda (1958), en el cual, el constructo de la salud mental positiva hacía referencia a las características permanentes de la personalidad del sujeto con incidencia positiva de sus emociones y/o cualidades; acompañándose a esta definición Lluch menciona que para explicar con mayor exactitud este constructo se necesitan factores, de ahí proviene el modelo multifactorial con seis dimensiones que se detallan más adelante. Por lo tanto, esta escala se centra en valorar el nivel de salud mental positiva del ser humano.

La versión original consta de 39 ítems, no obstante, para el estudio se utilizó la versión validada y adaptada por Cabarcas y Mendoza (2016) en Colombia, la misma que está compuesta de 25 ítems organizados en seis factores: satisfacción personal con 4 ítems (1,17,24,25), actitud prosocial con 3 ítems (9,11,23), autocontrol con 3 ítems (7,8,12), autonomía con 3 ítems (5,19,20), resolución de problemas y autoactualización con 8 ítems (2,3,13,14,15,18,21,22) y habilidades de relación interpersonal con 4 ítems (4,6,10,16); en un formato tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca) que se puntúan cuantitativamente de 4 a 1 a las preguntas positivas (2,3,4,6,7,8,9,11,12,13,14,15,18,21,22,23) y de 1 a 4 a las preguntas negativas (1,5,10,16,17,19, 20,24,25).

Esta escala alcanzó un $\alpha = 0.984$, lo que representa una consistencia interna aceptable; por ende, estos resultados sugieren que el instrumento validado y adaptado es confiable, destacando que la confiabilidad es el nivel de reproducibilidad de los datos obtenidos como resultado en la aplicación de una herramienta para la recolección de información (Ruiz, 2015); es decir, al

aplicar dicho instrumento en situaciones y contextos similares, los resultados deben tener cercanía entre sí; de lo que se infiere que es el grado de exactitud, que permite obtener con objetividad los resultados del grupo participante para que los datos sean precisos y consistentes. Así pues, la escala validada puede aplicarse en poblaciones y/o muestras con características similares, porque se mantiene la estructura factorial del cuestionario original.

En base a lo mencionado, el análisis de fiabilidad correspondiente a cada factor y de manera global de la escala validada con las especificaciones mencionadas y aplicada en la población descrita, se visualiza más adelante (ver tabla 3).

Tabla 3. Análisis de confiabilidad de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

Factores	Alfa	Ítems
Satisfacción personal	0.841	4 ítems
Actitud prosocial	0.748	3 ítems
Autocontrol	0.654	3 ítems
Autonomía	0.393	3 ítems
Resolución de problemas y autoactualización	0.735	8 ítems
Habilidades de relación interpersonal	0.108	4 ítems
Total	0.841	25 ítems

Nota: 60 estudiantes; Alfa de Cronbach (α)

El análisis a través del Alfa de Cronbach demuestra que, en el factor de satisfacción personal constituido por cuatro ítems, concurre un $\alpha = 0.841$, así también, en el factor actitud prosocial conformado por 3 ítems, expone un $\alpha = 0.748$ y en el factor resolución de problemas y autoactualización compuesto por 8 ítems existe un $\alpha = 0.735$; en efecto, se concluye que en los tres factores se obtiene un alto nivel de confiabilidad. De la misma manera, en la puntuación total del instrumento de SMP formado por veinticinco ítems, el α corresponde a 0.841, lo que representa una consistencia interna aceptable.

- **Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)**

Este instrumento fue creado por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) para evaluar la satisfacción general o global que percibe el sujeto hacia su vida. La versión original está compuesta por 5 ítems, donde cada una de las alternativas de respuesta se enmarcan dentro de

una escala Likert con una valoración que oscila desde el 1 al 7, en el que 1 corresponde a “muy en desacuerdo” y 7 a “muy de acuerdo”.

Esta escala se ha utilizado en gran cantidad de estudios a nivel mundial, donde sus traducciones y adaptaciones mostraron altos niveles de consistencia interna con un α entre 0,89 y 0,79; una de estas versiones es la traducida por Atienza, Pons, Balaguer y García (2000) al castellano, en la cual se reduce las opciones de respuesta, otorgándoles valores del 1 al 5 y los reactivos son validados para poblaciones específicas. Por ejemplo, en un estudio realizado a 697 adolescentes de Valencia - España, el análisis de las propiedades psicométricas de la escala adaptada presenta un α de 0,84 correspondiente a una buena consistencia interna. Es así que, para el desarrollo de esta investigación, se sugirió aplicar la versión en castellano porque se adapta satisfactoriamente a la población en cuestión (Atienza et al., 2000).

De la misma forma, para establecer la consistencia interna de SWLS en este estudio, se aplica el procedimiento de análisis en base a la puntuación total alcanzada, mediante el estadístico Alfa de Cronbach (ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis de confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Factor	Alfa	Ítems
SWLS total	0,811	5 ítems

Nota: 60 estudiantes; Alfa de Cronbach (α)

Conforme al valor obtenido se infiere que, la consistencia interna es aceptable, reflejada en un α de 0,811, lo cual permite fundamentar que, la escala mide concretamente lo que pretende medir.

- **Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)**

Esta herramienta fue elaborada por Trianes, Blanca, Morena, Infante y Raya (2006), con la finalidad de evaluar el clima social en el ámbito escolar. Su validación y adaptación fue realizada en Chile por Gálvez (2011), dicho documento consta de 14 ítems o sentencias distribuidas en dos subescalas: aspectos relativos al centro o ambiente escolar y aspectos relativos a los profesores o instructores que en conjunto valoran el clima social general. Con respecto a las opciones de respuesta, estas se valoran de acuerdo a un escalafón de medición que va de 1 a 5;

donde 1= Nunca, 2 = Muy pocas veces, 3 = Algunas veces, 4 = Bastantes veces y 5 = Muchas veces. En relación a la calificación, los parámetros son los siguientes: clima social referente al profesorado (2, 3, 4, 8, 13, 14), clima social relativo al centro escolar (1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12) y clima social general (sumatoria de los 14 ítems).

Esta prueba está dirigida a la población adolescente con un rango de edades entre 13 a 20 años; y, el tiempo estimado para su resolución es de 9 minutos en promedio.

Referente a la confiabilidad, el cuestionario para el clima escolar (CECSCE) se considera como un instrumento confiable, en virtud de que, de acuerdo al Alfa de Cronbach logra una puntuación de 0,8407, ubicándolo dentro de la escala valorativa en un nivel de confiabilidad alto; permitiendo la obtención de datos de una manera precisa y objetiva. Del mismo modo, en un estudio realizado en Araucanía - Chile a 977 adolescentes estudiantes comprendidos entre los 14 y 19 años, el análisis refiere que, la consistencia interna del cuestionario es adecuada con un valor de $\alpha = 0,84$; además, en la subescala del clima social relativo al centro escolar, el $\alpha = 0,785$ y en la subescala del clima social relativo al profesorado el $\alpha=0,703$, se alcanzaron altos niveles de fiabilidad en dicha población (Gálvez, Tereucan, Muñoz, Briceño & Mayorga, 2013).

Por otro lado, se establece que, el 100% de los ítems del instrumento en relación a los grupos de distribución extrema, mantienen estadísticamente diferencias significativas; esto favorece su aplicación en diferentes tipos de poblaciones y contextos, en este caso el sector urbano y rural.

De acuerdo a los datos registrados en la investigación, se determina la fiabilidad por medio del Coeficiente de Cronbach (ver tabla 5).

Tabla 5. Análisis de confiabilidad del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

Subescalas	Alfa	Ítems
Clima social relativo al profesorado	0.777	6 ítems
Clima social relativo al centro escolar	0.835	8 ítems
Clima social general	0.896	14 ítems

Nota: 60 estudiantes; Alfa de Cronbach (α)

En base al análisis del CECSCE, los resultados exponen que en la subescala del clima social relativo al profesorado conformado por 6 ítems existe un $\alpha = 0.777$ y en la subescala del clima social relativo al centro escolar compuesto por 8 ítems el α es de 0.835; por lo que, ambas

subescalas presentan altos niveles de fiabilidad. De igual manera, en cuanto al Alfa de Cronbach del clima social general equivalente a la puntuación total del cuestionario con 14 ítems, es de 0.896, lo que muestra una consistencia interna aceptable.

2.4. Caracterización de la muestra

El grupo, objeto de estudio, con el que se desarrolló el proceso investigativo, tiene varias características de orden sociodemográfico; para su análisis se utilizó la respectiva ficha, en la cual se detallan los siguientes datos: edad, sexo, institución, sector domiciliario, núcleo de convivencia, número de hermanos y tipo de familia; con la finalidad de disponer de información básica que determine el establecimiento de parámetros comparativos que aporten a la investigación. Por ello, estos valores se detallan en base a la frecuencia (f) y representación porcentual (%); sin embargo, en la variable edad, el análisis estadístico descriptivo se fundamenta acorde a los indicadores: mínimo (Mín.), máximo (Máx.), media aritmética (M) y desviación estándar ($Ds.$) (ver tabla 6). Así mismo, este análisis se efectúa a modo de contraste a través del estadístico Chi cuadrado en relación al lugar de residencia para saber si guardan semejanzas o disimilitudes entre ambos sectores.

Tabla 6. Análisis estadístico descriptivo de los datos sociodemográficos

VARIABLES PERSONALES	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	16	18	17,13	0,503
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo				
Masculino	32	53,3%	53,3%	53,3%
Femenino	28	46,7%	46,7%	100 %
Institución				
U.E. Belisario Quevedo	16	26,7%	26,7%	26,7%
U.E. Provincia de Cotopaxi	30	50%	50%	76,7%
U.E. Pujilí	14	23,3%	23,3%	100%
Sector domiciliario				
Urbano	30	50%	50%	50%
Rural	30	50%	50%	100%
VARIABLES FAMILIARES				
Núcleo de convivencia				
Ambos padres	42	70%	70%	70%
Madre	15	25%	25%	95%
Abuelos	3	5%	5%	100%
N.º de hermanos				
0	3	5%	5%	5%
1	10	16,7%	16,7%	21,7%
2	19	31,7%	31,7%	53,3%
3	13	21,7%	21,7%	75%
4	9	15%	15%	90%
5	4	6,7%	6,7%	96,7%
6	2	3,3%	3,3%	100%
Tipo de familia				
Nuclear	57	95%	95%	95%
Extensa	3	5%	5%	100%
Ampliada	0	0%	0%	100%

Nota: 60 estudiantes; ficha sociodemográfica

Conforme a los datos alcanzados se registra que la edad promedio (M) de los adolescentes encuestados es de 17,13 años, con una desviación estándar (Ds.) de 0,503. En cuanto a la variable sexo, la representación porcentual mayoritaria apunta al masculino con el 53,3% a diferencia del femenino que presenta el 46,7%; esto denota que, el porcentaje no discrepa significativamente entre ambos sexos. De igual forma, en la variable institución, se obtiene que la U.E. Provincia de Cotopaxi predomina con un 50% en relación a las dos instituciones

siguientes, las cuales marcan un porcentaje minoritario, la U.E. Belisario Quevedo con 26,7% y la U.E. Pujilí con el 23,3%. Con respecto, al sector domiciliario, existe equidad porcentual del 50% en cada uno de los sectores, urbano y rural, debido a que la muestra fue seleccionada equitativamente. Al considerar la variable, núcleo de convivencia, la prevalencia más alta apunta al 70%, correspondiente a, con ambos padres y la más baja al 5%, equivalente a, con los abuelos; no obstante, también muestra un 25% referente a convivir con la madre.

En cuanto al número de hermanos, la representación porcentual destaca que, los adolescentes que no poseen hermanos/as se ubican en el 5%, en cambio, los que tienen *uno* corresponden al 16,7%, los que cuentan con *dos* serían el 31,7%; colocándose como el más alto porcentaje; además, los que poseen *tres* se ubican en el 21,7%, mientras que, los que tienen *cuatro* se sitúan en el 15%, los que cuentan con *cinco* puntúan 6,7% y los que poseen *seis* estiman un 3,3%, este último descrito como el porcentaje más bajo. Finalmente, con respecto al tipo de familia, los valores demuestran que, la extensa posee el 5% y la nuclear el 95%, por lo que la prevalencia porcentual coincide con la variable de con quién viven los encuestados, ya que la familia nuclear está constituida por ambos padres que pueden estar juntos o separados y/o con hijos, en cambio la familia extensa es bidireccional, es decir se incluye a los abuelos, corroborando con los datos obtenidos.

Tabla 7. Análisis estadístico descriptivo de la variable edad

Variable	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Edad						
16 años	2	3,3%	2	3,3%		
17 años	22	36,7%	22	36,7%	0,000	1,000
18 años	6	10%	6	10%		

Nota: 60 estudiantes

De acuerdo al análisis estadístico descriptivo de la edad de los participantes, dado que el nivel de significancia es 1,000 ($\chi^2 > 0,05$), se acepta la H_0 , es decir que, no existen diferencia entre las variables descritas. Esto queda demostrado con la similitud de los porcentajes en cada una de las edades en ambos sectores; por ejemplo, los adolescentes de 17 años representan el 36,7% de la totalidad de la población en cada sector (ver tabla 7).

Tabla 8. Análisis estadístico descriptivo de la variable sexo

Variable	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Sexo						
Masculino	18	30%	14	23,3%	1,071	0,301
Femenino	12	20%	16	26,7%		

Nota: 60 estudiantes

A partir de los datos encontrados, se infiere que, no existen diferencias entre la variable sexo con el lugar de residencia, ya que el nivel de significancia es 0,301 ($\chi^2 > 0,05$); por lo tanto, se admite la H_0 , lo que demuestra que, existe semejanzas entre las variables involucradas. Es decir, la diferencia de porcentajes en cada variable es la misma, 6,7% (ver tabla 8).

Tabla 9. Análisis estadístico descriptivo de la variable institución

Variable	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Institución						
U.E. Belisario Quevedo	10	16,7%	6	10%		
U.E. Provincia de Cotopaxi	19	31,6%	11	18,3%	13,419	0,001
U.E. Pujilí	1	1,7%	13	21,7%		

Nota: 60 estudiantes

Con respecto a los resultados descritos, el nivel de significancia es 0,001 ($\chi^2 < 0,05$), lo que indica diferencias entre las variables; esto significa que los estudiantes del sector urbano tienen mayor preferencia por la U.E. Provincia de Cotopaxi con el 31,6%, mientras que los adolescentes provenientes del sector rural muestran predilección a la U.E. Pujilí con el 21,7%; por ende, se niega la H_0 y se acepta la H_1 (ver tabla 9).

Tabla 10. Análisis estadístico descriptivo de la variable núcleo de convivencia

Variable	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Núcleo de convivencia						
Ambos padres	26	43,3%	16	26,7%		
Madre	2	3,3%	13	21,7%	10,781	0,005
Abuelos	2	3,3%	1	1,7%		

Nota: 60 estudiantes

En relación a la variable núcleo de convivencia, se detecta diferencias entre la categoría mencionada con el sector, por cuanto el nivel de significancia es 0,005 ($\chi^2 < 0,05$), así pues, las

personas que conviven con el estudiante difieren de acuerdo al sector, específicamente se menciona el caso de los encuestados que viven solo con la madre, en el sector urbano constituye el 3,3%, a diferencia del 21,7% en el sector rural; por tanto, se cumple la H_1 y se niega la H_0 (ver tabla 10).

Tabla 11. Análisis estadístico descriptivo de la variable n° de hermanos

Variable	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
N° de hermanos						
0	0	0%	3	5%	7,551	0,273
1	5	8,3%	5	8,3%		
2	11	18,3%	8	13,4%		
3	7	11,7%	6	10%		
4	6	10%	3	5%		
5	1	1,7%	3	5%		
6	0	0%	2	3,3%		

Nota: 60 estudiantes

Según el análisis realizado, los valores evidencian similitud entre las variables porque $\chi^2 = 0,273$ ($> 0,05$); así que, el número de hermanos no discrepa conforme el sector de residencia, por esta razón, se asume la H_0 . Esto se sustenta con que, el porcentaje mayor se halla en los estudiantes que tienen dos hermanos, así en el sector urbano el 18,3%, y en el rural el 13,4% (ver tabla 11).

Tabla 12. Análisis estadístico descriptivo de la variable tipo de familia

Variable	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Tipo de familia						
Nuclear	28	46,7%	29	48,3%	0,351	0,554
Extensa	2	3,3%	1	1,7%		
Ampliada	0	0%	0	0%		

Nota: 60 estudiantes

En el análisis con la prueba Chi-cuadrado del indicador tipo de familia, se obtiene un $\chi^2 = 0,554$ ($> 0,05$), con lo que se cumple la H_0 , es decir, la variable citada no se contrapone según el sector o lugar de vivienda. En este sentido, el 46,7% de los estudiantes del sector urbano y el 48,3% del sector rural proviene de familias nucleares (ver tabla 12).

2.5. Procedimiento metodológico

Con la finalidad de optimizar el cumplimiento de todas las etapas del proceso investigativo, se procedió a lo siguiente:

1. Recolección de referentes bibliográficos en torno a las variables de estudio que permitan el posterior análisis, estructura y sistematización de la fundamentación teórica.
2. Selección de los instrumentos psicométricos, luego de verificar su validez y confiabilidad para que la recolección proporcione información confiable, precisa y objetiva. Estas herramientas fueron tres: Escala de Salud Mental Positiva (SMP), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE), las cuales permitirán comprobar la hipótesis y los objetivos formulados en dicho estudio.
3. Solicitud de autorización a la Dirección del Distrito de Educación 05DO4 del cantón Pujilí, por medio de un oficio, para obtener los permisos correspondientes que aprueben la ejecución del proyecto con la población descrita.
4. Aplicación de los instrumentos y la ficha sociodemográfica de forma individual, a través de la plataforma Google Forms, con un límite de tiempo de 25 minutos aproximadamente. Cabe indicar que, en los cuestionarios, se incluyó el consentimiento y el asentimiento informado; tomando en cuenta que a los representantes legales se los contactó vía internet y telefónica.
5. Migración de los datos al programa Excel para depurar la información obtenida y excluir los cuestionarios que contengan respuestas incoherentes, imprecisas e inconclusas.
6. Importación de los datos depurados al Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 25, para su respectiva tabulación e interpretación, la cual consistió en analizar los datos y, a partir de ello, elaborar ilustraciones gráficas.
7. Análisis estadístico descriptivo de los datos a partir de la frecuencia (f), porcentaje (%), mínimo (Min.), máximo (Máx.), media aritmética (M) y desviación estándar (Ds.).
8. Observación de los resultados de los supuestos estadísticos de normalidad (Kolmogórov-Smirnov) y de homocedasticidad (prueba de Levene). Contraste de los datos con el estadístico Chi cuadrado (χ^2). Comparación de variables por medio de la prueba t de Student para muestras independientes que asumen varianzas iguales.
9. Finalmente, elaboración de conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados logrados en el proyecto.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En esta sección se precisa el análisis de los resultados alcanzados de la batería psicológica constituida por tres herramientas de medición: Escala de Salud Mental Positiva (SMP), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE), con el propósito de establecer el nivel de salud mental positiva en los estudiantes de Tercer Año de BGU del sector urbano y rural del cantón Pujilí. Para ello, se consideró primero realizar un análisis estadístico descriptivo a modo de contraste de cada herramienta por niveles en relación al sector, seguidamente se continuó con el análisis estadístico descriptivo de los resultados de cada instrumento con los indicadores: mínimo (Min.), máximo (Máx.), media aritmética (M) y desviación estándar (Ds.), para luego confrontarlos mediante la *t* de Student para muestras independientes que asumen varianzas iguales y, de esta manera, obtener datos que demuestren o invaliden la hipótesis propuesta.

Es importante mencionar que para los análisis con el estadístico Chi cuadrado y la prueba *t* de Student, se consideraron las siguientes hipótesis:

H_0 (Hipótesis nula): No existen diferencias en la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado del sector urbano y rural del cantón Pujilí.

H_1 (Hipótesis alternativa): Existen diferencias en la salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado del sector urbano y rural del cantón Pujilí.

3.1. Análisis estadístico descriptivo por niveles de las pruebas aplicadas

En este apartado se muestra el análisis estadístico descriptivo por niveles de las respuestas obtenidas en los instrumentos psicométricos; tomándose en cuenta los parámetros de calificación de cada factor por niveles. La representación de los datos se especifica en frecuencia (*f*) y porcentaje (%) y análisis de contraste a través del estadístico Chi cuadrado.

3.1.1. Análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

El análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Salud Mental Positiva se valida con sus seis dimensiones: satisfacción personal con 4 ítems, actitud prosocial con 3 ítems,

autocontrol con 3 ítems, autonomía con 3 ítems, resolución de problemas y autoactualización con 8 ítems, habilidades de relación interpersonal con 4 ítems y la totalidad de la escala con 25 ítems (ver tabla 13).

Tabla 13. Análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

Factores	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Satisfacción personal						
Bajo	0	0%	1	1,7%	2,000	0,572
Medio bajo	1	1,7%	0	0%		
Medio alto	5	8,3%	5	8,3%		
Alto	24	40%	24	40%		
Actitud prosocial						
Bajo	0	0%	0	0%	5,315	0,070
Medio bajo	0	0%	2	3,3%		
Medio alto	3	5%	8	13,3%		
Alto	27	45%	20	33,4%		
Autocontrol						
Bajo	0	0%	0	0%	4,373	0,112
Medio bajo	3	5%	6	10%		
Medio alto	9	15%	14	23,3%		
Alto	18	30%	10	16,7%		
Autonomía						
Bajo	0	0%	0	0%	7,500	0,024
Medio bajo	3	5%	3	5%		
Medio alto	7	11,7%	17	28,3%		
Alto	20	33,4%	10	16,7%		
Resolución de problemas y autoactualización						
Bajo	0	0%	0	0%	6,656	0,036
Medio bajo	0	0%	2	3,3%		
Medio alto	6	10%	13	21,7%		
Alto	24	40%	15	25%		
Habilidades de relación interpersonal						
Bajo	0	0%	0	0%	6,000	0,050
Medio bajo	0	0%	1	1,7%		
Medio alto	12	20%	20	33,4%		
Alto	18	30%	9	15%		
Salud mental positiva global						
Bajo	0	0%	0	0%	5,455	0,020
Medio bajo	0	0%	0	0%		
Medio alto	4	6,7%	12	20%		
Alto	26	43,3%	18	30%		

Nota: 60 estudiantes

Los resultados de la prueba descrita arrojan que, en el factor satisfacción personal el nivel de significancia es 0,572 ($\chi^2 > 0,05$) por lo que, se acepta la H_0 , en otras palabras, el primer factor

no difiere en cuanto al sector; esto queda demostrado que para los niveles medio alto y alto tienen valores similares, 48,3 % en ambos sectores. De manera similar, en el factor actitud prosocial al evidenciarse el $\chi^2 = 0,070 (> 0,05)$, no se rechaza la H_0 , es decir, el segundo factor es muy similar en ambos lugares de residencia, ya que, en los dos sectores los valores de los parámetros alto y medio alto no difieren significativamente, 50% en el urbano y 46,7% en el rural.

Así mismo, en el factor autocontrol el nivel de significancia es 0,112 ($\chi^2 > 0,05$), por cuanto hay semejanzas entre las variables, así que, se cumple la H_0 , en consecuencia, el tercer factor no difiere según el lugar de vivienda, puesto que, los datos de las categorías alto y medio alto corresponden a porcentajes muy cercanos entre sí, 45% en el sector urbano y 40% en el rural. En cambio, en el factor autonomía, las diferencias entre las variables son notables, dado que $\chi^2 = 0,024$ con lo que se niega la H_0 y se asume la H_1 , así pues, el cuarto factor discrepa sus valores entre los dos sectores, de manera específica en el sector urbano hay mayor prevalencia del indicador alto con un 33,4%; mientras que en el rural con un 28,3% en el indicador medio alto, evidenciándose, además, una diferencia entre los porcentajes de cada categoría.

De forma similar, en el factor resolución de problemas y autoactualización, al ser el nivel de significancia 0,036 ($\chi^2 < 0,05$) se desestima la H_0 y se acepta la H_1 , lo que prueba que existen diferencias del quinto factor con respecto al sector, ya que mientras en el sector urbano, el 40% de los participantes se sitúan en el nivel alto; en cambio el 25% en el sector rural. También, en el factor habilidades de relación interpersonal, se evidencia diferencias entre las variables porque el nivel de significancia es 0,050 ($\chi^2 < 0,05$), así pues, no se cumple la H_0 y se aprueba la H_1 , por consiguiente, el sexto factor difiere en cuanto al sector, y esto se demuestra en que mientras en el sector urbano el mayor porcentaje es 30% correspondiente al indicador alto, en el sector rural, en cambio, se visualiza el 33,4% en el indicador medio alto.

Por último, en el análisis global de la escala descrita, se corrobora que de manera general es evidente la predominancia de los factores que difieren sobre los que se asemejan en ambos sectores; debido a que, $\chi^2 = 0,020 (< 0,05)$, de tal forma que, en el sector urbano hay un mayor porcentaje (43,3%) en el nivel alto, a diferencia del sector rural con un menor porcentaje (30%) en el mismo nivel. Esto confirma lo mencionado por Toribio, González, Van y Gil (2018), donde

explica que, en su mayoría los adolescentes en México poseen altos niveles de salud mental positiva. Y de igual manera coincide con lo afirmado por González et al. (2013) con los adolescentes de Calarcá-Colombia, ya que los niveles de salud mental también fueron altos en dicha muestra.

3.1.2. Análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

En el análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Satisfacción con la Vida, se representa con la universalidad de la herramienta correspondiente a 5 ítems (ver tabla 14).

Tabla 14. Análisis estadístico descriptivo por niveles de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Factor	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Satisfacción global						
Bajo	0	0%	0	0%		
Medio bajo	0	0%	2	3,3%		
Medio	2	3,3%	5	8,3%	3,838	0,279
Medio alto	10	16,7%	9	15%		
Alto	18	30%	14	23,4%		

Nota: 60 estudiantes

A partir del análisis realizado de la escala referida con $\chi^2 = 0,279 (> 0,05)$, se valida la H_0 , es decir, no existe diferencias entre las variables, de ahí se deduce que, la satisfacción global percibida por el estudiante no depende del sector en el que vive, sea urbano o rural. Por ello, observan porcentajes elevados en los niveles alto y medio alto en ambos sectores. Esto se comprueba con lo citado por Proctor, Linley y Maltby (2009), en el que, niños y adolescentes en Inglaterra, registran niveles altos de satisfacción con la vida. De igual manera, lo afirma Osorio (2014), en un estudio aplicado en Santander-Colombia, donde los indicadores fueron altos con respecto a la variable mencionada en la población descrita.

3.1.3. Análisis estadístico descriptivo por niveles del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

El análisis estadístico descriptivo por niveles del Cuestionario para el Clima Escolar se efectúa a partir de sus dos subescalas: clima social relativo al profesorado con 6 ítems y clima social

relativo al centro escolar con 8 ítems; y, el clima social general que equivale a la globalidad del cuestionario con 14 ítems (ver tabla 15).

Tabla 15. Análisis estadístico descriptivo por niveles del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

Subescalas	Urbano		Rural		Chi-cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Sig.
Clima social relativo al profesorado						
Bajo	0	0%	0	0%	4,280	0,233
Medio bajo	1	1,7%	0	0%		
Medio	7	11,7%	11	18,3%		
Medio alto	10	16,7%	13	21,7%		
Alto	12	20%	6	10%		
Clima social relativo al centro escolar						
Bajo	0	0%	0	0%	4,520	0,210
Medio bajo	3	5%	1	1,7%		
Medio	10	16,7%	9	15%		
Medio alto	6	10%	13	21,7%		
Alto	11	18,3%	7	11,7%		
Clima social general						
Bajo	0	0%	0	0%	4,095	0,251
Medio bajo	1	1,7%	1	1,7%		
Medio	11	18,3%	9	15%		
Medio alto	6	10%	13	21,7%		
Alto	12	20%	7	11,7%		

Nota: 60 estudiantes

En cuanto al análisis del cuestionario detallado se visualiza que, en la subescala, el clima social relativo al profesorado, obtiene $\chi^2 = 0,233 (> 0,05)$, entonces, no se rechaza la H_0 , lo cual permite comprobar la similitud del primer factor según el lugar de residencia. Por ejemplo, más de la mitad de los estudiantes, el 68,4% en ambos sectores tienen una percepción medio alta y alta referente a sus docentes; en otras palabras, la percepción que tienen los estudiantes sobre sus maestros, no difiere del sector del que provienen.

Igualmente, al considerar la subescala denominada el clima social relativo al centro escolar se observa también que, las dos variables revelan similitudes entre sí, con un nivel de significancia de 0,210 ($\chi^2 > 0,05$) y esto permite aceptar la H_0 , por lo que, la segunda subescala es similar en ambos lugares de residencia. Esto queda demostrado, en los niveles medio alto y alto porque en los dos sectores, más de la mitad de los estudiantes (61,7 %) se encuentran en estos niveles;

dicho de otra forma, no hay diferencias significativas en la percepción de los encuestados tanto del sector urbano como rural acerca del ambiente escolar.

De la misma manera, en el análisis del clima social general se obtuvo $\chi^2 = 0,251 (> 0,05)$, con lo que se demuestra la validez de las pruebas de Chi cuadrado individuales realizadas a cada subescala; las cuales mencionan similar preferencia de los evaluados en los indicadores medio alto y alto en sus respectivos lugares de residencia. En definitiva, la mayoría de los adolescentes evaluados (63,4%) perciben un clima social general adecuado en los dos sectores. Estos resultados coinciden con estudios previos que mencionan niveles favorables del clima escolar en instituciones educativas en Chile (IDEA, 2005). Situación similar se da en Colombia, en un estudio realizado por Giraldo y Mera (2000), donde concluyen que, existen altos niveles favorables sobre la percepción del clima escolar.

3.2. Análisis estadístico descriptivo de las pruebas aplicadas

En esta sección se detalla el análisis estadístico descriptivo de los resultados logrados en las tres herramientas con sus respectivos factores y subescalas. Los valores se describen mediante los estadísticos: mínimo (Min.), máximo (Máx.), media aritmética (M) y desviación estándar (Ds.) de cada factor y la puntuación total de las tres evaluaciones.

3.2.1. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

Para el análisis estadístico descriptivo de la Escala de Salud Mental Positiva, se considera sus seis dimensiones y la totalidad del instrumento (ver tabla 16).

Tabla 16. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

Factores	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Satisfacción personal	4	16	13,97	2,456
Actitud prosocial	6	12	10,53	1,599
Autocontrol	5	12	9,13	2,029
Autonomía	6	12	9,37	1,822
Resolución de problemas y autoactualización	15	32	25,27	3,974
Habilidades de relación interpersonal	8	16	12,12	1,718
Salud mental positiva global	58	100	80,38	9,299

Nota: 60 estudiantes

Los resultados estadísticos descriptivos de la herramienta analizada denotan que, el factor satisfacción personal con $M = 13,97$ y $Ds = 2,456$, actitud prosocial con $M = 10,53$ y $Ds = 1,599$ y resolución de problemas y autoactualización con $M = 25,27$ y $Ds = 3,974$ presentan los valores más elevados con respecto a la media. En cambio, los factores restantes muestran valores inferiores a los examinados anteriormente, pero sin diferencias significativas; en consecuencia, todos los factores se ubican con resultados superiores a los establecidos. Por ende, la mayoría de los encuestados se sienten satisfechos con su vida, tiene buenas perspectivas hacia su futuro, un autoconcepto positivo, son altruistas, poseen una buena capacidad para aceptar las diferencias sociales; además, son analistas, se adaptan fácilmente a los cambios, buscan constantemente su crecimiento personal y toman sus decisiones sin dificultad.

A partir de lo observado, se deduce que, en la población analizada se encontraron altos niveles de salud mental positiva; lo cual tiene coherencia por lo afirmado por González et al. (2013), con respecto a los adolescentes colombianos y de igual manera con lo mencionado por Toribio et al. (2018), en México.

3.2.2. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

El análisis estadístico descriptivo de la Escala de Satisfacción con la Vida se explica a partir de la totalidad de la herramienta (ver tabla 17).

Tabla 17. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Factor	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Satisfacción global	10	25	19,87	4,052

Nota: 60 estudiantes

En el análisis de esta escala se encuentran los siguientes estadísticos: $M = 19,87$ y $Ds = 4,052$; esto indica que, los valores expuestos se encuentran sobre la media establecida, por lo tanto, la población estudiada se siente satisfecha y/o feliz con su vida referente a sus objetivos personales, vivencias, expectativas, y otras características internas y externas de cada adolescente. Esto coincide con lo expuesto por Padrós, Gutiérrez y Medina (2015) en los resultados obtenidos en una población de Michoacán-México; y también, en lo expuesto por Osorio (2014) en un estudio aplicado en Colombia.

3.2.3. Análisis estadístico descriptivo del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

Posteriormente, se expone el análisis estadístico descriptivo del Cuestionario para el Clima Escolar, considerando sus dos subescalas: clima social relativo al profesorado con 6 ítems y clima social relativo al centro escolar con 8 ítems, además, el clima social general que corresponde a la totalidad de la herramienta con 14 ítems (ver tabla 18).

Tabla 18. Análisis descriptivo del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

Subescalas	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Clima social relativo al profesorado	12	29	21,32	4,590
Clima social relativo al centro escolar	13	38	27,17	6,306
Clima social general	27	67	48,48	10,387

Nota: 60 estudiantes

De acuerdo al análisis estadístico descriptivo del cuestionario, se visualiza en el clima social relativo al profesorado $M = 21,32$ y $Ds = 4,590$ y en el clima social relativo al centro escolar $M = 27,17$ y $Ds = 6,306$; por tanto, los valores de las dos subescalas se posicionan sobre la media, esto se traduce en que, los participantes se sienten cómodos en su ambiente escolar, específicamente en las relaciones sociales entabladas en el mismo; además, perciben de manera satisfactoria la relación con sus maestros. Dicho de otro modo, los adolescentes disfrutan y pueden desenvolverse positivamente porque consideran que es un entorno de convivencia adecuado tanto con sus docentes como con sus compañeros, es decir, un clima social general nutritivo para su desarrollo. Esto es corroborado por Wang y Degol (2016), en un estudio sobre el clima escolar realizado en Pennsylvania State University, el cual indica que un ambiente positivo vinculado con las relaciones que los adolescentes establecen tanto con sus compañeros como con sus profesores en el centro educativo, contribuyen al bienestar de ellos. También se corrobora con lo expuesto por Giraldo y Mera (2000) en un estudio en Colombia, en el que los estudiantes tienen altos niveles en la percepción del clima escolar, convirtiéndose en un factor que favorece el crecimiento personal del adolescente y facilita su aprendizaje.

3.3. Análisis comparativo de las pruebas aplicadas con respecto al sector

En esta sección se detalla el análisis comparativo de los resultados logrados a través de la aplicación de los instrumentos psicométricos, con el propósito de evidenciar las similitudes y/o desigualdades entre los factores o subescalas que miden cada herramienta para conocer el nivel de salud mental positiva de los encuestados, basándose en el sector de residencia. Los datos se plasman a través de los estadísticos: media aritmética (M) y desviación estándar (Ds.) por cada factor, la globalidad de las herramientas y el contraste de ambos sectores: urbano y rural.

3.3.1. Análisis comparativo por sector de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

El estudio comparativo de la Escala de Salud Mental Positiva con sus seis dimensiones y la totalidad de esta con respecto al sector de vivienda, se detalla a continuación (ver tabla 19)

Tabla 19. Análisis comparativo por sector de la Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

Factores	Urbano		Rural		Prueba T
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P
Satisfacción personal	14,13	2,446	13,80	2,497	0,603
Actitud prosocial	11,07	1,081	10,00	1,857	0,009
Autocontrol	9,80	1,972	8,47	1,889	0,010
Autonomía	9,93	1,874	8,80	1,606	0,015
Resolución de problemas y autoactualización	26,47	3,048	24,07	4,456	0,018
Habilidades de relación interpersonal	12,57	1,547	11,67	1,788	0,041
Salud mental positiva global	83,97	7,472	76,80	9,672	0,002

Nota: 60 estudiantes

El análisis comparativo de la escala descrita demuestra que, existen disimilitudes en cinco de los factores o dimensiones, excepto en el primero, satisfacción personal; con respecto a este, los valores en el sector urbano son: $M = 14,13$ y $Ds = 2,446$ y en el sector rural $M = 13,80$ y $Ds = 2,497$. Por otra parte, en el factor actitud prosocial se evidencia $M = 11,07$ y $Ds = 1,081$ en el sector urbano, en cambio, en el sector rural $M = 10,00$ y $Ds = 1,857$. De la misma forma, en el factor autocontrol, el sector urbano obtiene $M = 9,80$ y $Ds = 1,972$ y el sector rural $M = 8,47$ y $Ds = 1,889$. Así mismo, en el factor autonomía, los datos en el sector urbano son $M = 9,93$ y Ds

= 1,874 y en el sector rural $M = 8,80$ y $Ds = 1,606$. Igualmente, el factor resolución de problemas y autoactualización presenta $M = 26,47$ y $Ds = 3,048$ en el sector urbano y $M = 24,07$ y $Ds = 4,456$ en el sector rural.

También, en el factor habilidades de relación interpersonal, los estadísticos en el sector urbano son $M = 12,57$ y $Ds = 1,547$ y en el sector rural $M = 11,67$ y $Ds = 1,788$. Finalmente, en la totalidad de la herramienta, salud mental positiva global, los resultados se detallan así: en el sector urbano $M = 83,97$ y $Ds = 7,472$ y en el sector rural $M = 76,80$ y $Ds = 9,672$. Por esta razón, se empleó la prueba t de Student para verificar el nivel de significancia de los factores y la globalidad de la escala: satisfacción personal ($p = 0,603$), actitud prosocial ($p = 0,009$), autocontrol ($p = 0,010$), autonomía ($p = 0,015$), resolución de problemas y autoactualización ($p = 0,018$), habilidades de relación interpersonal ($p = 0,041$) y salud mental positiva global ($p = 0,002$). En base a lo mencionado, se interpreta que, en el factor satisfacción personal no existen diferencias estadísticamente significativas según el sector porque $p > 0,05$; entonces, se valida la H_0 . En cambio, en los factores restantes y en la totalidad de la herramienta existen diferencias en relación al sector, pues $p < 0,05$ y se rechaza la H_0 .

Lo mencionado puede justificarse por el hecho de que las zonas urbana o rural, en las que habita el adolescente, pueden convertirse o no, en un factor clave de bienestar mental, y en consecuencia de posibles manifestaciones en su comportamiento relacionadas con la salud mental (Merayo, Serrano & Marqués, 2016). Esto es confirmado por Martínez, Montero, López y De la Roca (2016) porque mencionan que, el ambiente contribuye al estado de salud mental, ya que puede funcionar como una fuente de seguridad o también como una fuente de peligro.

3.3.2. Análisis comparativo en función del sector de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

El análisis comparativo de la Escala de Satisfacción con la Vida en relación al sector urbano y rural, se muestra a continuación (ver tabla 20).

Tabla 20. Análisis comparativo en función del sector de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Factor	Urbano		Rural		Prueba T
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P
Satisfacción global	20,73	3,713	19,00	4,251	0,098

Nota: 60 estudiantes

A partir del análisis comparativo de la escala, se halla lo siguiente, en el sector urbano $M = 20,73$ y $Ds = 3,713$ y en el sector rural $M = 19,00$ y $Ds = 4,251$. Por ello, el nivel de significancia de la totalidad del instrumento en base al estadístico t Student es: satisfacción global ($p = 0,098$), en consecuencia, se aprueba la H_0 , es decir, existen semejanzas en función del sector, ya que $p > 0,05$. El valor medio de la globalidad de la escala, permite afirmar que, los adolescentes de la población evaluada manifiestan un nivel relativamente alto de satisfacción, lo cual coincide con el estudio realizado por Chavarría y Barra (2014) en adolescentes chilenos; de la misma manera afirman Barcelata y Rivas (2016) en adolescentes mexicanos y Ticona (2017) en adolescentes peruanos. Estos estudios reflejan niveles altos con respecto a la satisfacción vital en los jóvenes objeto de estudio.

3.3.3. Análisis comparativo según el sector del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

Para el análisis comparativo del Cuestionario para el Clima Escolar se toma en cuenta sus dos subescalas y la globalidad de este, para así contrastar los datos entre ambos sectores (ver tabla 21).

Tabla 21. Análisis comparativo según el sector del Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

Subescalas	Urbano		Rural		Prueba T
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P
Clima social relativo al profesorado	21,77	4,869	20,87	4,329	0,452
Clima social relativo al centro escolar	27,53	6,585	26,80	6,105	0,656
Clima social general	49,30	10,729	47,67	47,67	0,547

Nota: 60 estudiantes

Al realizar el análisis comparativo del cuestionario se determina que, en la subescala clima social relativo al profesorado, los datos referentes al sector urbano son $M = 21,77$ y $Ds = 4,869$ y en el sector rural $M = 20,87$ y $Ds = 4,329$. De manera similar, la subescala clima social relativo al centro escolar, presenta en el sector urbano $M = 27,53$ y $Ds = 6,585$ y en el sector rural $M = 26,80$ y $Ds = 6,105$. Por último, con respecto al clima social general, en el sector urbano se tiene $M = 49,30$ y $Ds = 10,729$ y en el sector rural $M = 47,67$ y $Ds = 47,67$. Por este motivo, a través de la prueba t de Student, el nivel de significancia de las dos subescalas y de la puntuación total de la herramienta son: clima social relativo al profesorado ($p = 0,452$), clima social relativo al centro escolar ($p = 0,656$) y clima social general ($p = 0,547$). Esto permite afirmar que, las dos subescalas y la puntuación global no presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de residencia, por cuanto $p > 0,05$ con lo cual se admite la H_0 .

Los resultados encontrados se corroboran con el estudio realizado por Muñoz, Lucero, Cornejo, Molina y Araya (2014), acerca de la convivencia y el clima escolar en la comunidad educativa inclusiva de la Provincia de Talca – Chile, donde se evidenció que, los estudiantes conviven de manera positiva dentro de su ambiente o clima escolar, por ende, lo perciben como adecuado para su desenvolvimiento estudiantil. Esto también coincide con lo indicado por Hermoza (2019) en un estudio efectuado en Perú, en el cual, los estudiantes perciben de forma positiva el clima escolar e institucional en general.

CONCLUSIONES

- En cuanto al análisis de los referentes bibliográficos y la fundamentación teórica de la temática en cuestión, se concluye que, la salud mental positiva intenta promover la salud mental desde un enfoque de prevención, donde se busca fomentar el desarrollo óptimo del sujeto, combinándose los recursos personales y psicosociales positivos (virtudes, actitudes, habilidades, comportamientos) en pro de mejorar su calidad su vida. Estas características tienden a ser estables en la personalidad de cada sujeto, sin embargo, puede entrenarse y/o potenciarse. Para este estudio se ocupó el modelo multifactorial de Teresa Lluch, el cual evalúa la salud mental positiva de acuerdo a seis factores, los mismos que se mencionan en los siguientes análisis.
- A partir del análisis estadístico descriptivo de las pruebas aplicadas en la población de estudio, se pudo determinar que, en la Escala de Salud Mental Positiva, la totalidad de esta herramienta y las dimensiones satisfacción personal, actitud prosocial, resolución de problemas y autoactualización alcanzaron niveles altos; mientras que, en autocontrol, autonomía y habilidades de relación interpersonal, fueron niveles medios altos.
- En la Escala de Satisfacción con la Vida, los datos obtenidos en la globalidad de la misma, lograron niveles medios altos. Y, en el Cuestionario para el Clima Escolar, los resultados hallados en las subescalas: clima social relativo al profesorado, clima social relativo al centro escolar y en el clima social general, corresponden a niveles medios altos. En consecuencia, la mayoría de los estudiantes presentan un adecuado nivel de salud mental positiva; esto quiere decir que, predominan en su personalidad las características y/o habilidades (virtudes, cualidades, emociones, rasgos, etc.) positivas para enfrentar su diario vivir; a la vez, eso determina su desenvolvimiento satisfactorio en el ámbito educativo.
- Con respecto al análisis comparativo de las evaluaciones mencionadas en función del sector, se tiene lo siguiente: La Escala de Salud Mental Positiva evidencia diferencias entre los dos sectores, específicamente en la globalidad del instrumento y en cinco de

los factores o dimensiones: actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, habilidades de relación interpersonal, debido a que, los niveles de significancia se ubican en $p < 0,05$; en cambio, en el factor satisfacción personal $p > 0,05$, se observa semejanzas entre los datos arrojados en los correspondientes lugares de residencia.

- Las diferencias mencionadas anteriormente se especifican así: en el segundo factor, se evidencia la disimilitud, dado que en el sector urbano prevalece la SMP más que en el rural; de igual manera, corresponde para el tercer factor, existiendo mayor prioridad del fenómeno estudiando en la zona urbana; así mismo, se demuestra con el cuarto factor, ya que, ocurre mayor incidencia de la SMP en la urbe en comparación de la zona rural; también, en el quinto factor, los valores revelan que en el sector urbano prepondera la SMP y en el sexto factor ocurre muy similar a los anteriores, debido a que sobresale la variable estudiada en la zona urbana más que en la rural. Finalmente, con respecto a la totalidad de la herramienta se visualiza lo comentado porque el lugar de residencia en el que incide más la SMP es el urbano a diferencia del rural.
- En la Escala de Satisfacción con la Vida, no existen diferencias en los dos sectores; ya que, el nivel de significancia es $p > 0,05$. Por último, en el Cuestionario para el Clima Escolar, se muestra que en las dos subescalas y en el clima social general, descritos en el análisis anterior, se encontraron semejanzas en ambos sectores, por cuanto $p > 0,05$.
- Finalmente, se determina que, las diferencias encontradas en los factores de la primera escala no son tan significativas, de tal forma, la salud mental positiva de los participantes no depende del sector en porcentajes cuantiosos, aunque en el sector urbano se alcanzó el 43,3% y en el sector rural el 30%, la diferencia es mínima; así también con los instrumentos siguientes, los resultados demuestran que, en ambos sectores los adolescentes están satisfechos con sus experiencias de vida y dentro de su ambiente educativo.

RECOMENDACIONES

- Debido a la escasa fundamentación teórica e investigaciones científicas sobre la salud mental positiva en la adolescencia, tanto a nivel interno como externo del país, se plantea a la comunidad científica indagar más para proporcionar al lector fuentes de consulta y de esta manera comprender con mayor exactitud este fenómeno.
- Ampliar las investigaciones en otras ciudades o cantones a nivel nacional, extendiendo la población, para conocer el estado emocional de los adolescentes que residen en la zona urbana y rural; y de esta manera, extender el bagaje de información con respecto a este tipo de población.
- Incluir otros instrumentos psicométricos en la batería psicológica, para aplicarlos en posteriores investigaciones, lo cual aportaría mayor certeza y fiabilidad en los resultados.
- Por otro lado, aunque los resultados alcanzados en la investigación fueron satisfactorios, es importante considerar en cada institución, la implementación de planes estratégicos de intervención preventiva (capacitaciones, campañas, talleres, etc.) con un equipo interdisciplinario (docentes, DECE, padres de familia) para promover la salud mental positiva en los jóvenes y disminuir el riesgo de enfermedades mentales durante esta etapa de transición, la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, R. & Hernández, J (2004). *La autoestima en la educación*. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología. Límite, vol. 1, núm. 11, 82 - 95. Chile: Universidad de Tarapacá. Límite. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601104>
- Adrián, J. & Rangel, E. (2012). *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad*. Obtenido de <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20Personalidad/Curso%2012-13/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Aguado, C. & Cembrero, D. (2019). *¿Todos tenemos salud mental? Manual para promover una salud mental en positivo desde el aula*. Obtenido de <http://www.infocoponline.es/pdf/Todos-tenemos-salud-mental.pdf>
- Alemán, P. & Figueroa, D. (2016). *Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familia*. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A., & Velásquez, B. (2008). *Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Tolu Viejo*. Suma Psicológica, 15 (2), 385-403. ISSN: 0121-4381. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212610006>
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing*. New York: Macmillan
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R., & Tomas, A. (2012). *Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima*. . Revista Psicológica Trujillo, 14(2), 144-163. Obtenido de http://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Autoeficacia+y+salud+mental+positiva+en+estudiantes+de+psicolog%C3%ADa+de+Lima.&author=Anicama+J.&author=Caballero+G.&author=Cirilo+I.&author=Aguirre+M.&author=Brice%C3%B1o+R.&author=Tomas+A&publication_year=

- Anthony, D. (2011). *The state of the world's children 2011 - adolescence: an age of opportunity*. New York
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes*. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Obtenido de <http://www.psicothema.es/pdf/296.pdf>
- Barcelata, B., & Rivas, D. (2016). *Bienestar psicológico y satisfacción vital en adolescentes mexicanos tempranos y medios*. *Revista Costarricense de Psicología*, vol. 35, núm. 2. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476754931005.pdf>
- Brown, S., Tapert, S., Granholm, E., & Delis, D. (2000). *Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use*. *Alcohol, Clin Exp Res*, 24
- Bruckner, P. (1975). *Psicología social del autoritarismo*. México: Siglo XXI
- Cabarcas, J., & Mendoza, L. (2016). *Validación del Cuestionario Salud Mental Positiva de Lluçh en jóvenes estudiantes en el municipio del Carmen de Bolívar*. Colombia. Universidad Tecnológica de Bolívar
- Cabascango, M. (2017). *Cambios fisiológicos en adolescentes de décimos años*. Unidad Educativa Víctor Manuel Guzmán Ibarra. [Tesis previa a la obtención de la Licenciatura en Enfermería]. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6194/1/06%20ENF%20725%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Carrazana, V. (2003). *El concepto de Salud Mental en Psicología Humanista-Existencial*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001
- Carpi, A. & Egger, A. (2008). *Comparación en la Investigación Científica*. Visionlearning Vol. POS-1 (5). Obtenido de <https://www.visionlearning.com/es/library/Proceso-de-la-Ciencia/49/Comparaci%C3%B3n-en-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica/152>
- Carver, C. Scheier, M. & Segerstrom, S. (2010). *Optimismo*. *Revista clínica de Psicología*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>

- Casas, J. Repullo, J. & Donado, J. (2002). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos*. Madrid: España. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>
- Chavarría, M. & Barra, E. (2014). *Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido*. *Terapia Psicológica*, Vol. 32, Nº 1, 41-46. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art04.pdf>
- CISPEC. (2018). *Tendencias y patrones espaciales del suicidio entre adolescentes en el Ecuador*. Quito-Ecuador: Redaccionmédica.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana
- Dávila, L. (2005). *Adolescencia y Juventud: De las nociones a los abordajes*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004
- Delval, J. (1998). *El desarrollo humano*. Madrid: España. Siglo XXI.
- Delval, J. (2000). *Aprender en la vida y en la escuela*. (Vol. 2). Ediciones Morata
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75
- Dollman, J., Masher, C., Olds, T. & Ridley, K. (2011). *Actividad física y comportamiento frente a la pantalla en adolescentes metropolitanos, regionales y rurales: un estudio seccional de australianos de 9 a 16 años*. Obtenido de [https://www.jsams.org/article/S1440-2440\(11\)00111-3/fulltext](https://www.jsams.org/article/S1440-2440(11)00111-3/fulltext)
- Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI
- Gálvez, J. (2011). *Validación de un cuestionario para evaluar el clima social en establecimientos escolares chilenos (CECSCE)*. [Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia Social]. Chile: Universidad de La Frontera

- Gálvez, J. Tereucan, J. Muñoz, S. Briceño, C & Mayorga, C. (2013). *Propiedades psicométricas de la adaptación del cuestionario para evaluar el clima social del centro escolar (CECSCE)*. Chile. Universidad de La Frontera
- Garaigordobil, M. (2009). *A Comparative Analysis of Empathy in Childhood and Adolescence: Gender Differences and Associated Socio-emotional Variables*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 217-235
- García, A. (12 de mayo de 2018). *Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>
- González, P., Gómez, J., Caicedo, L., Piernagorda, D., & Medina, O. (Diciembre de 2013). *Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del Municipio de Calarcá-Colombia*. *Revista Cultura del Cuidado*. Vol. 10 N° 2. Obtenido de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3795/3183>
- Giraldo, L., & Mera, R. (2000). *Clima social escolar: percepción del estudiante*. *Colombia Médica*, 31(1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28331106.pdf>
- Grisales, P. (2018). *Para tener una mente sana, ¿mejor el campo o la ciudad?* *Pesquisa Javeriana*. Obtenido de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/para-tener-una-mente-sana-mejor-el-campo-o-la-ciudad/>
- Hermoza, S. (2019). *El Clima escolar que perciben los estudiantes del Colegio Mayor Secundario Presidente del Perú –COAR Lima, periodo 2018*. CONCYTEC. Obtenido de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UIGV_23bc4d263ce1bbf9f53382db8a219f77
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana
- Hipwell, A., White, H., Loeber, R., Stouthamer, M., Chung, T. & Sembower, M. (2005). *Young girls' expectancies about the effects of alcohol, future intentions and patterns of use*.

- Journal of Studies on Alcohol, 66, 630-639. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16331848/>
- Instituto de Evaluación y Asesoramiento Educativo-IDEA. (2005). *Informe Final. Primer estudio nacional de convivencia escolar. Instituto de Evaluación y Asesoramiento Educativo.* Obtenido de <https://www.oas.org/cotep/GetAttach.aspx?lang=en&cId=544&aid=795>
- Jahoda, M. (1958). *Conceptos para alcanzar una salud mental positiva.* Nueva York: Basic Books.
- Jiménez, R., Arriscado, D., Gargallo, E. & Dalmau, J. (2020). *Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos.* Obtenido de <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403320305105>
- Laframboise, H. (1973). *Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. Canadian Medical Association Journal, 108, 388-393.*
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa, Ontario, Canadá: Information Canadá
- López, J., Corral, J., López, J. & Ibis, A. (s.f.). *La sexualidad en la etapa de la Adolescencia: fases, características, problemáticas generadas y su afrontamiento.* Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Cap%C3%ADtul%206-%20La%20Sexualidad%20en%20la%20Adolescencia.pdf>
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva.* [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Lluch, T., Puig, M., Sánchez, A., Roldan, J., & Ferre, C. (2013). *Evaluación de la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud física: correlaciones con variables sociodemográficas y estado de salud física.* Salud Pública de BMC. España: Barcelona. Obtenido de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-928>

- Martínez, J., Montero, M., López, M. & De la Roca, J. (2016). *Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental*. Interamerican Journal of Psychology, vol. 50, núm. 2. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/284/28447010004/html/index.html>
- Medina, O., Irira, M., Martínez, G. & Cardona, D. (2012). *Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia - Quindío*. Revista Virtual. Universidad Católica del Norte, (36), 247-261. ISSN: 0124-5821. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224431012>
- Méndez, P. (2009). *Factores psicológicos en la adolescencia*. Anales de Pediatría, Vol. 7. Núm. 4. 239-242. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281809719328>
- Merayo, J., Serrano N. & Marqués, P. (Noviembre de 2016). *Influencia de los espacios verdes urbanos en la salud mental*. *Metas Enferm;* 19(9). Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80987/influencia-de-los-espacios-verdes-urbanos-en-la-salud-mental/>
- Millman, R. (2005). *Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies*. Pediatrics Volume 115. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15930245/>
- Moreno, Y. & Marrero, R. (2017). *Optimismo y autoestima como predictores de bienestar personal: diferencias de género*. México: Revista Mexicana de Psicología. 32 (1), 27-36. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243045363004>
- Muñoz, M., Lucero, B., Cornejo, C., Molina, P. & Araya, N. (2014). *Convivencia y clima escolar en una comunidad educativa inclusiva de la Provincia de Talca, Chile*. REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 16 (2), 16-32. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15531719002>
- Muñoz, C. (Enero/Abril de 2020). *Salud mental adolescente. Una invitación a pensar en su salud mental desde miradas positivas*. CES Psicología vol.13 no.1 Medellín. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802020000100001

- Murillo, S. (2017). *Salud Mental Positiva en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano*. Puno-Perú: UNAP.
- Mussen, P., Janeway, J. & Kagan, J., (1982). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas
- Myers, G., León, J., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, S & Cantero. F. (2000). *Psicología Social* . Bogotá: Mc Graw-Hill.
- Navarro, G. (2016). *Salud Mental Positiva en estudiantes Universitarios: un estudio comparativo entre los contextos socioculturales*. Baranquilla-Colombia: UNB.
- NIH. (2010). *Salud Mental. Diccionario del NCI*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/salud-mental>
- NSDUH. (2014). *Behavioral Health Trends In The United States: Results From The 2014 National Survey On Drug Use And Health (NSDUH)*. Obtenido de <https://www.samhsa.gov/data/report/behavioral-health-trends-united-states-results-2014-national-survey-drug-use-and-health>
- OMS. (1990). *Programa de Orientación en Salud Adolescente para Proveedores de Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/file/46948/download?token=4ttzlvpo>
- OMS. (16 de marzo de 2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado* . Obtenido de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS. (2014). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos*,. Ginebra: OMS.
- OMS. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (1948). *Definición de salud mental*. Nueva York: OMS.
- Osorio, K. (2014). *Comparación de la Calidad de Vida de Adolescentes de Zonas Urbana y Rural de la Provincia de García Rovira, Santander*. Universidad de Santo Tomás
Obtenido de:

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/293/Calidad%20de%20vida%20de%20adolescentes%20de%20zonas%20urbana%20y%20rural.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Padrós, F., Gutierréz, C., & Medina, M. (2015). *Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México)*. Avances en Psicología Latinoamericana. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n2/v33n2a04.pdf>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano*. (8va Edición). Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia-Desarrollo humano*. (11va Edición). México. Universidad Nacional Autónoma de México: McGraw-Hill Interamericana, S.A
- Páramo, M. (Julio de 2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión*. *Terapia psicológica*. 29(1), 85-95. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
- Park, N., & Peterson, C. & Sun, J (2013). *La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones*. *Terapia Psicológica*, 31 (1), 11-19. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78559051002>
- Pavón, P. & Gogeoascoechea, M. (2010). *Metodología de la Investigación II*. [Diapositivas de PowerPoint]. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana. México. Recuperado de: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/8.pdf>
- Pérez, L. (2017). *Factores protectores de la salud mental positiva en adolescente*. [Tesis previa obtención del Doctorado en Ciencias de la Salud]. México-Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México
- Piaget, J. (1983). *El Criterio Moral en el Niño*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Portillo, M. (2005). *Los adolescentes de la escuela secundaria: contexto rural, urbano y urbano marginado*. Mexico: Escuela Normal Superior del estado de Chihuahua. Obtenido de

<https://docplayer.es/69170055-Los-adolescentes-de-la-escuela-secundaria-contexto-rural-urbano-y-urbano-marginado.html>

- Proctor, Cl, Linley, P & Maltby, J. (2009). *Satisfacción con la vida de los jóvenes: una revisión de la literatura*. Revista de estudios de la felicidad: un foro interdisciplinario sobre el bienestar subjetivo, 10 (5), 583–630. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9110-9>
- Pruessner, J. (2015). *Salud mental en las ciudades*. España: Revista de salud mental. Obtenido de: <https://www.consumer.es/salud/la-salud-mental-en-las-ciudades.html>
- Quishpi, E. (2015). *Estado actual de la atención en Salud Mental, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir, de la zona urbana de la provincia del Cañar*. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay.
- Ramos, C. (2015). *Los paradigmas de la investigación científica*. Avances en Psicología. Ecuador. 23(1), 9-17
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. . Madrid: Prentice Hall
- Rodríguez, M. (2002). *Hacia una nueva orientación universitaria: modelos integrados de acción tutorial, orientación curricular y orientación de proyecto profesional*. Barcelona: Ed. Universidad de Barcelona.
- Ruiz, B. (2015). *Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa: Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos*. Texas-Estados Unidos. Ed DANAGA Training and Consulting
- Saavedra, R. (2017). *Salud mental positiva y rendimiento académico en estudiantes de enfermería*. [Tesis previa obtención de la Licenciatura en Enfermería]. Perú. Universidad Nacional de Trujillo: UNITRU
- Sadeh, A. (2000). *Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes*. Sleep 2015; 38, 17-22.
- Samper, P., Mestre, V., & Malonda, E. (2015). *Evaluación del rol de variables intelectuales y socioemocionales en la resolución de problemas en la adolescencia*. Universitas Psychologica. 14 (1), 289-297.

- Sebald, H. (1992). *Adolescents' peer orientation: Changes in the support system during the past three decades*. Obtenido de <http://search.proquest.com/openview/9d79adb48919c25ac927bdeb21b6d1de/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41539>
- Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. España: Byblos. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=wA4JDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&ots=xZJYPe9eVY&sig=_xdYBSrNHIzjAMeB90fDoJG-gJE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An Introduction*. *American Psychologist*, 55 (1). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392865/>
- Serrano, A. & García, D. (2010). *Inteligencia emocional. El autocontrol en adolescentes del último año de secundaria.* Venezuela. Universidad del Zulia: Multiciencias. 273-280. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90416328008>
- Stanford Children's Health (2021). *Desarrollo cognitivo en la adolescencia*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=desarrollocognitivo-90-P04694>
- Swallen, K., Reither, E., Haas, S., & Meier, A. (Junio de 2005). *Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. *Pediatrics* 115(2):340-7. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15687442/>
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. México. Editorial LIMUSA S.A
- Toribio, L., González, N., Van, H., & Gil, M. (2018). *Salud mental positiva en adolescentes mexicanos*. Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad de Zaragoza, España. Obtenido de https://nanopdf.com/download/salud-mental-positiva-en-adolescentes-mexicanos-lorena-toribio-perez_pdf
- Trianes, V., Blanca, M., Morena, L., Infante, L. & Raya, S. (2006). *Un cuestionario para evaluar el clima social del centro escolar*. *Psicothema*. 272-277. España: Universidad de Málaga

- Vásquez, C. & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva aplicada*. 17-39. Bilbao: Desclee de Brower
- Veenhoven, R. (2016). *Medidas de la felicidad*. Nueva York: Psychosocial Intervention
- Vélez, A. (2007). *Nuevas Dimensiones del concepto de salud: El Derecho a la salud en el estado social de derecho. Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Ventura, J. (2017). *¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria*. Revista Cubana de Salud Pública, 43(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400014&lng=es&tlng=es
- Waddington, R. (2015). *El riesgo para la salud en las zonas urbanas*. España: IFRC
- Wang, M., & Degol, J. (2016). *Ambiente escolar: una revisión de la construcción, la medición y el impacto en los resultados de los estudiantes*. Educ Psychol Rev, 28(2), 315–352. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9319-1>
- Yang, Q., Bu, Y., Dong, S., Shan, F. & Wang, Le. (2009). *Una comparación de los problemas del sueño en los niños en edad escolar entre las comunidades rurales y urbanas de China*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01530.x>
- Youngblade, L., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I. & Novak, M. (2007). *Factores de riesgo y promoción en familias, escuelas y comunidades: un modelo contextual de desarrollo positivo de los jóvenes en la adolescencia*. Universidad Estatal de Colorado. Obtenido de http://pediatrics.aappublications.org/content/119/Supplement_1/S47

ANEXOS**ANEXO 1: Consentimiento Informado****CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****Sr./a**

Por medio de la presente le solicito muy comedidamente su autorización para que su hijo/a participe en esta investigación, como parte del proyecto de titulación en Psicología Clínica de la estudiante María Gabriela Estrella Salguero, con el tema **“La salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado del cantón Pujilí: estudio comparativo entre el sector urbano y rural.”**, la cual es guiada y supervisada por la Dra. Ana Martínez, docente de la PUCE-A. La colaboración de su representado consistirá en llenar instrumentos psicológicos acordes a la temática planteada, donde los resultados obtenidos serán trasladados a una base de datos para su posterior análisis y, a la vez, permitirán responder a las preguntas formuladas en el proyecto de investigación. Además, le garantizamos que toda la información recabada será manejada con estricta confidencialidad.

 Sí autorizo No autorizo

ANEXO 2: Asentimiento Informado**ASENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN**

Yo, _____, con cédula de ciudadanía N° _____, dejo constancia de que he sido debidamente informado/a de las condiciones de participación en el estudio que forma parte del proyecto de titulación en Psicología Clínica de la estudiante María Gabriela Estrella Salguero y lleva por tema **“La salud mental positiva de los estudiantes de Tercer Año de Bachillerato General Unificado del cantón Pujilí: estudio comparativo entre el sector urbano y rural.”**, el cual está dirigido por la Dra. Ana Martínez, docente de la PUCE-A. Por lo que, acepto voluntariamente proceder con la realización de los instrumentos presentados por la investigadora; a su vez, autorizo a que dicha información sea analizada de acuerdo a los objetivos planteados en el proyecto, porque tengo la certeza de que serán manejados con estricta confidencialidad y solo para fines investigativos.

Pujilí, _____ del mes de _____ del 2020.

ANEXO 3: Ficha Sociodemográfica Ad Hoc

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Lee detenidamente cada pregunta y marca con una X o responde en caso de ser necesario.

DATOS INFORMATIVOS			
1. Edad:	2. Sexo: Masculino () Femenino ()		
3. Institución:			
3 Nivel de estudio:			
4 Sector del domicilio: Urbano () Rural ()			
5 Núcleo de convivencia: Ambos padres () Padre () Madre () Hermanos/as () Abuelos () Padrastro () Madrastra () Hermanastros/as () Tíos/as () Primos/as () Solo/a ()			
6 Número de hermanos:			
7 Tipo de familia: Nuclear () Extensa () Ampliada ()			

ANEXO 4: Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA

(Adaptada por Cabarcas & Mendoza, 2016)

El propósito de la escala es determinar los factores de la salud mental positiva en los estudiantes para la identificación del nivel de bienestar psicológico.

A continuación, encontrarás una serie de preguntas que se relacionan con diferentes aspectos de tu vida. Lee detenidamente cada una de ellas y selecciona la alternativa que consideres conveniente.

Nº	Cuestionario	Siempre o Casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
2	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
3	Intento mejorar como persona				
4	Me considero "un/a buen/a estudiante"				
5	Me preocupa que la gente me critique				
6	Creo que soy una persona sociable				
7	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
8	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
9	Pienso que soy una persona digna de confianza				
10	A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
11	Pienso en las necesidades de los demás				
12	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.				
13	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
14	Delante de un problema soy capaz de solicitar información				

15	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
16	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/padres				
17	Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
18	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
19	Me resulta difícil tener opiniones personales				
20	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
21	Soy capaz de decir no, cuando quiero decir no				
22	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
23	Me gusta ayudar a los demás				
24	Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
25	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

ANEXO 5: Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)**ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA****(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)**

El propósito de la escala es evaluar el nivel de bienestar que tienen los estudiantes con su vida. Por favor, lee detenidamente cada afirmación y selecciona el número que consideres adecuado (sólo uno por enunciado). Recuerda que todas tus respuestas son válidas.

Nº	Cuestionario	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos, mi vida es como yo quiero que sea					
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas					
3	Estoy satisfecho con mi vida					
4	Hasta ahora, he conseguido de la vida las cosas que considero importantes					
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada					

ANEXO 6: Cuestionario para el Clima Escolar (CECSCE)

CUESTIONARIO PARA EL CLIMA ESCOLAR

(Trianes, V. Blanca, M. Morena, L. Infante L. Raya S, 2006)

El objetivo del cuestionario es caracterizar el ambiente escolar desde la percepción de los estudiantes.

Lee detenidamente cada una de las preguntas y escoge la opción en base al nivel de acuerdo o desacuerdo sobre tus relaciones sociales en el colegio.

N°	Cuestionario	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Cuando hay una emergencia, hay alguien para ayudarme					
2	Los profesores del este colegio son agradables con los estudiantes					
3	Trabajo en las tareas escolares					
4	Cuando los estudiantes rompen las reglas, son tratados justamente					
5	El colegio está muy ordenado y limpio					
6	Se puede confiar en la mayoría de la gente de este colegio					
7	Los estudiantes realmente quieren aprender					
8	Los profesores me dicen cuando hago un buen trabajo					
9	Los estudiantes de origen indígena son respetados					
10	Mi curso tiene un aspecto muy agradable					
11	La gente de este colegio se cuida uno al otro					
12	Mi colegio es un lugar muy seguro					
13	Los profesores hacen un buen trabajo identificando a los desordenados					
14	Me siento cómodo hablando con los profesores de mis problemas					