

Universidad de Palermo

Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

El florecimiento en los adolescentes argentinos

Doctorando

Lic. Ignacio Andrés Rizzo

Directora

Dra. Vanesa Góngora,Phd

22 de febrero de 2019

Resumen

El presente trabajo se centró en el estudio del florecimiento en población adolescente argentina residente en C.A.B.A y Provincia de Buenos Aires durante 2015-2017, teniendo en cuenta que a nivel regional no existían estudios sobre este constructo en población en tratamiento psicológico adolescente ni se había comparado esta población con sujetos de población escolar. En vista de lo anterior, la investigación se propuso: 1. evaluar la prevalencia del florecimiento en una muestra escolar y en otra población en tratamiento psicológico; 2. comparar los niveles de salud mental, como así también factores de riesgo y protectores en ambas muestras; 3. evaluar la predicción del florecimiento en la muestra escolar sobre variables positivas -satisfacción con la vida, la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales, el flow y sobre variables de riesgo y de rendimiento académico; 4. determinar la asociación del florecimiento con variables positivas y negativas en población en tratamiento psicológico.

Para el logro de estos objetivos se adoptó un diseño transversal (objetivos 1,2 y 3) y longitudinal (objetivo 3) de alcance descriptivo-correlacional. Se encontró que la prevalencia del florecimiento fue del 29 % en la muestra escolar y de 31,6% en la muestra población en tratamiento psicológico, y que no hubo diferencias significativas entre ellas en relación a los niveles de salud mental. Asimismo, en población escolar el florecimiento predijo algunas variables positivas como satisfacción con la vida y satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales, así como algunas variables de riesgo -hábitos alimentarios deficitarios, traumatismos y lesiones, entre otras- a los 6 y 12 meses de la primera toma. En la muestra en tratamiento psicológico el florecimiento correlacionó negativamente con diversos factores psicopatológicos; en tanto que se asoció positivamente con la satisfacción con la vida y la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales.

Palabras clave: florecimiento, salud mental, modelo del factor dual, variables protectoras, variables de riesgo.

Abstract

This dissertation focuses on the study of flourishing in the Argentine adolescent population residing in the City or in the Province of Buenos Aires between the years 2015-2017. This work is carried out as there are no regional scale studies on this issue with poblacion en tratamiento psicológico adolescent populations as the subjects, nor have they ever been compared with subjects in school-age populations. Therefore, this investigation has the following objectives: 1. assess the prevalence of flourishing in a school-age population and in a poblacion en tratamiento psicológico population; 2. compare the subjects' mental health, as well as risk and protective factors in both population samples; 3. evaluate the projection of flourishing in the school-age population regarding positive variables-life satisfaction, satisfaction with different crucial aspects of life, the flow, and regarding risk variables and academic performance; 4. determine the relation of flourishing with the positive and negative variables in the poblacion en tratamiento psicológico population.

In order to achieve these goals, a cross-sectional (objectives 1, 2 and 3), as well as a longitudinal (objective 3) design of a descriptive-correlational nature, was used. It was found that the prevalence of flourishing was 29% in the school-age sample and 31.6% in the poblacion en tratamiento psicológico sample, and that there were no significant differences between the school-age and poblacion en tratamiento psicológico populations regarding mental health. In addition, the flourishing study of the samples predicted positive variables in the school-age population such as life satisfaction and satisfaction with different crucial aspects of life, as well as some risk variables -insufficient dietary intake, trauma or injury, among others- 6 months and 12 months after the initial data collection. In the poblacion en tratamiento psicológico population sample, florecimiento was negatively correlated with

psychopathological symptoms and positively associated with life satisfaction and satisfaction in different crucial aspects of life.

Keywords: flourishing , mental health, dual factor model, protective factors, risk factors.

Agradecimientos

Agradezco a mi gran directora la Dra. Vanesa Góngora, quien estuvo presente desde el inicio hasta el final haciendo correcciones de forma permanente, dándome orientación y excelentes consejos a lo largo de la tesis con un rigor científico notable.

Agradezco a las autoridades de los colegios que me dieron acceso a una muestra muy numerosa de alumnos, ellos fueron el colegio Santa María, escuela de comercio número 22 “Gustavo Martínez Zuviria” y la escuela de comercio numero 2 “Dr. Antonio Bermejo”. Fueron muy generosos conmigo y tuvieron mucha paciencia en las 3 visitas realizadas a dichas instituciones educativas.

Agradezco a todos los miembros de la fundación E.T.C.I y la fundación Desarrollo que me brindaron toda la muestra población en tratamiento psicológico que precise, como así también a la Lic. Emilce Armoa, Lic. Andrea Messina, Lic. Selva Fernandez Moreno y la Dra Norma Taddei que hicieron un gran esfuerzo en conseguir las escalas que me faltaron para totalizar la muestra.

Agradezco a mi familia, que siempre me apoyaron de forma incondicional y con mucho cariño y amor a lo largo de todo este proceso. En reiteradas oportunidades fueron un soporte fundamental para seguir adelante y no bajar nunca los brazos ante las dificultades que presento esta misión.

Agradezco a Valeria, mi pareja por darme las fuerzas y el empuje que necesitaba en los momentos finales del trabajo.

Agradezco a Adrian Pezzola por las enseñanzas que me brindo para poder entender numerosos aspectos metodologicos y estadisticos.

Agradezo a Alberto Lopez por facilitarme numerosos trabajos, articulos y actualización científica para poder contar con referencias y tener un apoyo incondicional a la hora de busquedas bibliograficas.

Por último agradezco la participacion de muchos amigos, colegas y familiares que brindaron aliento, interés y demás muestras de afecto , siendo imposible sin ellos terminar este desafío que me propuse.

Índice Temático

Resumen.....	2
Abstract.....	4
Lista de Tablas	11
Primera Parte: Sección Teórica.....	12
1.La Psicología Positiva.....	13
1.1 Modelo médico y modelo salugénico	14
1.2 Objetivos, pilares y áreas de estudio de la Psicología Positiva	15
2. Perspectivas del bienestar en el marco de la Psicología Positiva	17
2.1 La perspectiva hedónica del bienestar	18
2.1.1 Bienestar subjetivo.	18
2.1.1.1 Emociones positivas.	18
2.1.1.1.1 Estudios en adultos.	19
2.1.1.1.2 Estudios en adolescentes.	20
2.1.2 Clasificación de las emociones positivas segun la Psicología Positiva	21
2.1.2.1 Emociones positivas enfocadas en el pasado	21
2.1.2.1.1 Perdon.	21
2.1.2.1.2 Gratitude.	21
2.1.2.2 Emociones positivas enfocadas en el presente	23
2.1.2.2.1 Experiencia subjetiva focalizada en el presente:Experiencia óptima (flow).	23
2.1.2.2.2 Savoring.	26
2.1.2.2.3 Mindfullnes.	27
2.1.2.3 Emociones focalizadas en el futuro	28
2.1.2.3.1 Optimismo.	28
2.1.2.3.2 Esperanza.	29
2.1.2.3.3 Experiencia subjetiva focalizada en el presente: Satisfacción con la vida.	30
2.1.2.3.3.1 Estudios sobre satisfacción con la vida y su relación con variables positivas y negativas..	31
2.1.2.3.3.1.1 Estudios en adultos.....	31
2.1.2.3.3.1.2 Estudios en adolescentes.	33
2.1.2.3.3.2 Limitaciones y futuras direcciones dentro de la satisfacción con la vida.	35
2.2 La perspectiva eudamónica del bienestar.....	36
2.2.1 Teoría de la autodeterminación	37
2.2.2 Psicología Humanista.....	39
2.2.2.1 Presencia del sentido.....	40
2.2.2.1.1 Estudios sobre significado de la vida en adultos.	42
2.2.2.1.2 Estudios sobre el significado de la vida en adolescentes.	43
2.2.3 Teoría del bienestar psicológico	44
2.2.3.1 Estudios sobre el bienestar psicológico y su relación con variables demográficas....	46
2.2.3.2 Estudios sobre bienestar psicológico y su relación con variables positivas y negativas.....	47
2.2.3.2.1 Estudios en adultos.	47
2.2.3.2.2 Estudios en adolescentes.	49
3.Debates en torno al constructo de bienestar dentro de la Psicología Positiva.....	51
4. Florecimiento.....	55
4.1 Modelo de Diener	57
4.1.1 Estudios de prevalencia según el modelo de Diener.	60
4.1.2 Estudios sobre la relación entre el florecimiento-modelo de Diener- y variables positivas y negativas	60
4.1.2.1 Estudios en adultos.	60

4.1.2.2 Estudios en adolescentes.....	61
4.2 Modelo de Huppert y So	61
4.2.1 Estudiosde prevalencia segun el modelo de Huppert ySo.	62
4.2.2 Estudios sobre la relación entre el florecimiento modelo de Huppert y So: relación con variables positivas y negativas	62
4.2.2.1 Estudios en adultos.	62
4.3 Modelos de Bienestar de Seligman	63
4.3.1 Modelo de la auténtica felicidad.	63
4.3.1.1 Estudios sobre el modelo de la auténtica felicidad: relación con variables positivas y negativas..	64
4.3.1.1.1 Estudios en adultos.	64
4.3.1.1.2 Estudios en adolescentes.	67
4.3.2 Modelo del PERMA	68
4.3.2.1 Estudios sobre el PERMA: relación con variables positivas y negativas	69
4.3.2.1.1 Estudios en adultos.	69
4.3.2.1.2 Estudios en adolescentes.	70
4.4 Modelo del factor dual de Keyes	72
4.4.1 Estudios de prevalencia segun el modelo del factor dual	75
4.4.1.1 Datos de prevalencia en adultos.	75
4.4.1.2 Datos de prevalencia en adolescentes.	75
4.4.2 Relación del modelo del factor dual con variables positivas y negativas	76
4.4.2.1 Estudios en adultos.	76
4.4.2.2 Estudios en adolescentes.	81
4.4.3 Limitaciones en los estudios del modelo del factor dual	89
Segunda Parte: Sección Empírica	90
5. Investigación Empírica	91
5.1 Preguntas de Investigacion.....	91
5.2 Objetivos de Investigación	91
5.3 Objetivo General	91
5.4 Objetivos específicos	92
5.5 Hipótesis.....	92
6. Marco Metodológico.....	93
6.1 Tipo de Estudio.....	93
6.2 Tipo de Diseño	93
6.3 Muestra	93
6.4 Instrumentos	94
6.5 Procedimiento.....	97
Tercera Parte: Resultados y Discusión	98
7. Resultados.....	99
7.1. Prevalencia de la salud mental en la población escolar y población en tratamiento psicológico.....	100
7.1.2 Niveles de salud mental completa en población escolar y población en tratamiento psicológico	101
7.1.3 Prevalencia de la salud mental segun el género	102
7.1.3.1 Salud mental completa segun el genero.	103
7.1.4 Prevalencia de la salud mental segun edades	105
7.1.5 Prevalencia de la salud mental completa segun edades	105
7.1.6 Prevalencia de la salud mental segun tipo de escuela.....	106
7.2 Comparación de las variables bajo estudio entre la población escolar y población en tratamiento psicológico	107

7.2.1 Comparacion del bienestar emocional, social y psicológico entre la poblaciòn escolar y población en tratamiento psicológico	108
7.2.2 Comparación los niveles de los flow/experiencia óptima entre la poblaciòn escolar y la población población en tratamiento psicológico.....	109
7.2.3 Comparación de la satisfacciòn con la vida y nivel de satisfaccion en diferentes áreas vitales entre la población escolar y población en tratamiento psicológico.....	110
7.2.4 Sintomatología psicopatológica en población escolar y población en tratamiento psicológico	111
7.2.4.1 Comparación de los sìnctomas psicopatológicas entre la poblaciòn escolar y la población población en tratamiento psicológico.....	111
7.2.4.2 Comparación del índice positivo de malestar, global de severidad y totalidad de sìnctomas positivos entre la población en tratamiento psicológico y la población escolar ..	113
7.2.5 Comparación de los factores de riesgo entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico.....	114
7.3 Determinación del poder predictivo del florecimiento sobre variables positivas, variables negativas, académicas e IMC a los 6 y 12 meses de la primera toma de datos en adolescentes de la población escolar	118
7.3.1 Predicción del floursihing sobre variables postivas, negativas, academicas e IMC en población escolar a los 6 meses de la primera toma de datos.	119
7.3.2 Predicción del Floursihing sobre variables postivas, negativas, rendimiento académico e IMC en poblaciòn escolar a los 12 meses de la primera toma de datos	121
7.3.3 Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos en la poblaciòn escolar	123
7.3.4 Predicción del bienestar total sobre variables positivas,negativas, rendimiento escolar e IMC a los 12 meses de la primer toma de datos de la poblaciòn escolar	126
7.3.5 Predicción del floursihing sobre variables de riesgo específicas a los 6 meses de la primera toma de datos en la población adolescente	128
7.3.6 Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 12 meses de la primera toma de datos en la población adolescente	131
7.4 Asociación de los tipos de bienestar con factores de riesgo y factores protectores en la población en tratamiento psicológico	132
7.4.1 Relacion del bienestar con los factores de riesgo	133
7.4.2 Correlacion de Pearson entre los tipos de Bienestar y los factores protectores de la salud mental.....	134
8.Discusión.....	137
8.1 Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación	151
Bibliografía.....	161
Anexos	213
Instrumentos de medición	214
A. Consentimiento informado población en tratamiento psicológico	214
B. Consentimiento informado población escolar	215
C. Encuesta a completar por los terapeutas	216
D. Encuesta demográfica de pacientes	217
E. Encuesta demográfica alumnos de escuelas	218
F. Escala de la experiencia optima.....	219
G. Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)	222
H. SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)	223
I. Encuesta de salud escolar (EMSE)	226
J. Personal Well-being Index (WBI)	239
K. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	241

Lista de Tablas

Tabla 1 Modelos de Florecimiento.....	55
Tabla 2 Prevalencia de la salud mental en población escolar y población en tratamiento psicológico.....	100
Tabla 3 Niveles de salud mental completa segun población escolar y población en tratamiento psicológico	102
Tabla 4 Categorías de salud mental según el género.....	103
Tabla 5 Salud mental completa segun el género	104
Tabla 6 Categorías de salud mental segun las edades	105
Tabla 7 Categorías de salud mental completa segun edades	106
Tabla 8 Salud mental segun tipo de escuela	106
Tabla 9 Comparación de los tipos de bienestar emocional, social y psicológico entre la población escolar y población en tratamiento psicológico.....	108
Tabla 10 Comparación de las escalas del flow/experiencia óptima entre la población escolar y población en tratamiento psicológico.	109
Tabla 11 Comparación de la satisfacción con la vida y la satisfacción en diferentes áreas vitales entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico.....	110
Tabla 12 Comparación de los síntomas psicopatológicos entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico.....	112
Tabla 13 Comparación de índices psicopatológicos y totalidad de síntomas positivos entre población escolar y población en tratamiento psicológico.....	114
Tabla 14 Comparación de los factores de riesgo entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico.....	115
Tabla 15 Predicción del Florecimiento sobre variables positivas, negativas, rendimiento académico e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos	120
Tabla 16 Predicción del Florecimiento sobre variables positivas, negativas, rendimiento académico e IMC a los 12 meses de la primera toma de datos	122
Tabla 17 Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos	125
Tabla 18 Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, rendimiento escolar e IMC a los 12 meses de la primera toma de datos en población escolar	127
Tabla 19 Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 6 meses de la primera toma de datos en población escolar.	129
Tabla 20 Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 12 meses de la primera toma de datos en población escolar	131
Tabla 21 Correlación de Pearson entre los tipos de Bienestar con los Factores de Riesgo	133
Tabla 22 Correlación de Pearson entre los Factores Protectores y los tipos de Bienestar	134

Primera Parte: Sección Teórica

1. La Psicología Positiva

El discurso inaugural de Seligman (2004) como presidente de la Asociación Americana de Psicología es considerado el acta fundacional y el programa de acción de la Psicología Positiva (PP) como movimiento o escuela de pensamiento (Lupano & Castro Solano, 2010). En verdad, fue en ese contexto donde, por primera vez y de un modo público, se hizo especial énfasis en la necesidad de una rama de la psicología que tuviera como objetivos el ayudar a las personas a tener una vida más productiva y satisfecha, como así también el promover e investigar cualidades positivas en las personas.

Si bien otras escuelas de psicología ya habían comenzado a estudiar y valorar el rol de las cualidades positivas en el psiquismo de las personas (Linley, Harrington & Wood, 2006), se le reconoce a Seligman (2004) haber estructurado, organizado y sistematizado los aportes de esas diferentes corrientes dentro de un marco de reflexión común, con principios teóricos lo suficientemente claros y distintos como para orientar la investigación científica hacia nuevos horizontes de descubrimiento (Lupano & Castro Solano, 2010).

La propuesta central de Seligman (2004) consistía esencialmente en un llamado a evitar que la psicología se redujera al estudio de la psicopatología, de la debilidad, del déficit o del daño de las personas, lo cual podría lograrse si se comenzaba por subrayar la importancia de las fortalezas y virtudes humanas como recursos indispensables para incrementar su bienestar psicológico. De esa manera, entonces, empezó a divisarse la necesidad de estudiar el conjunto de factores individuales, ambientales y organizacionales que asociados al aumento del bienestar subjetivo.

El resumen, la exhortación de Seligman (2004) abogaba por un cambio de paradigma dentro de la psicología con respecto al estudio de la salud mental a fin de eludir los sesgos del

modelo médico, un enfoque cuyo eje central u objeto de interés es el déficit y la enfermedad, dejando de lado las cualidades positivas del paciente (Salanova, 2008).

1.1 Modelo médico y modelo salugénico

Según Maddux (2002), la psicología estuvo influenciada desde sus inicios por un paradigma médico focalizado en el diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de la enfermedad. Por ende, la salud mental se estudiaba bajo esta perspectiva, aun cuando esa manera de proceder no estaba exenta de numerosas críticas y objeciones (Johnstone, 2000; Keyes, 2005, Keyes, 2015).

En primer lugar, porque la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó en el año 1947 que la salud era un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades. Dicha afirmación se diferencia del paradigma médico por el hecho de que la salud no se identifica con la ausencia de enfermedad y que, por el contrario, debe ser definida en términos de enfermedad, dándole mayor valor a la presencia de bienestar.

En segundo lugar, si bien la psicología tuvo un avance significativo en la creación de herramientas psicoterapéuticas confiables para diagnosticar, tratar y pronosticar algunas enfermedades mentales (Barret & Ollendick, 2004), todavía no ha conseguido reducir las altas tasas de prevalencia de los trastornos mentales, como así tampoco sus pronósticos negativos a largo plazo, lo que ha llevado a inferir que para el año 2030 ocuparán el primer puesto de las consultas en salud (Üstün et al., 2004).

En tercer lugar, porque hasta el momento no existe evidencia de que curar las enfermedades psicológicas colabore con el aumento del bienestar de las personas y su calidad de vida, incluso en las sociedades más desarrolladas (Seligman, 2008).

En cuarto lugar, porque haber asociado la psicología con la psicopatología, haciendo foco en la conducta desadaptativa, postergó por largo tiempo la posibilidad de la creación de una psicología integral con sus propios constructos, que tuviera en cuenta además del daño psíquico, variables positivas a la hora de estudiar la salud mental (Maddux, 2002).

Frente a este panorama, era necesaria una renovación dentro de la psicología sobre la base de un concepto de salud mental vinculado al estudio de los factores que permitieran el desarrollo del bienestar psicológico de las personas, más allá de sus déficits o problemas psicopatológicos. A este intento de promover la salud mental positiva se le denominó modelo salugénico (Antonovsky, 1996; Keyes, 2015; Wright & Lopez, 2002).

1.2 Objetivos, pilares y áreas de estudio de la Psicología Positiva

Los objetivos de la PP se relacionan con el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas, los grupos y las instituciones (Seligman, 2004). Por esta razón se encarga de investigar cómo las personas pueden tener una vida más plena, con presencia de sentido y bienestar, entre otras variables positivas y protectoras de la salud mental (Castro Solano, Cosentino, Omar, Terragona Saez & Tonon, 2010). Por otro lado, la PP se basa en tres pilares fundamentales que son el estudio de las emociones positivas, los rasgos positivos y las instituciones positivas (Lupano & Castro Solano, 2010).

El primer pilar consiste en incrementar la mayor parte del tiempo las emociones positivas para sentirse la persona más satisfecha y así alcanzar mayores niveles de bienestar. El segundo pilar se ocupa del estudio de las virtudes y fortalezas de los seres humanos. En total la PP postula la existencia de doce virtudes y veinticuatro fortalezas. Estas últimas son capacidades que permiten generar compromiso con una tarea que absorba la atención del sujeto, teniendo

la sensación de que el tiempo se detiene, fenómeno conocido como flow (Csikszentmihalyi, 1998).

El tercer pilar se relaciona con la búsqueda de sentido en ámbitos externos que estén por fuera de la satisfacción individual en pos del bienestar de otras personas, estando las capacidades personales al servicio de las instituciones o grupos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Por otro lado, la PP cuenta con numerosas áreas de estudio tales como el florecimiento, el bienestar, las fortalezas del carácter, las emociones positivas, entre otras (Castro Solano et al., 2010). Actualmente existe una abundante literatura e investigación científica sólida sobre las temáticas mencionadas (Jarden, 2012; Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006). No obstante Castro Solano (2013) advierte la necesidad de incrementar el conocimiento en relación a diversas cuestiones que se señalan a continuación

En primer lugar, dado que muchos estudios se realizaron con muestras acotadas en su mayoría estudiantes universitarios, población caucasica y de nivel socio económico medio, es necesario mayores desarrollos científicos que tengan en cuenta grupos más heterogéneos, sin dejar de considerar población adolescente (Castro Solano, 2014; Keyes 2012).

En segundo lugar, Castro Solano (2013) refiere que la aplicación de la PP en contextos latinoamericanos se concentró en utilizar constructos de dicha ciencia dentro los ámbitos clínicos, siendo limitados los estudios que se focalizan en ámbitos educativos de distintos contextos socioeconómicos en población adolescente argentina.

En tercer lugar, hay que seguir generando trabajos científicos rigurosos en su metodología, ya que la idea popular que hay sobre la PP esta asociada con una pseudo-ciencia, una terapia

mística y demás calificativos que connotan carencia de solidez empírica (Castro Solano, 2013).

Por último, la PP se tiene que ocupar de indagar qué variables se asocian a un bienestar óptimo en regiones emergentes que tienen altos índices de inestabilidad económica, social e institucional, así como crisis frecuentes a diferencia de los países desarrollados del mundo donde se crearon los conceptos centrales de la PP (Castro Solano, 2013).

2. Perspectivas del bienestar en el marco de la Psicología Positiva

Dentro de la PP existen dos perspectivas que han estudiado el bienestar: la denominada hedónica y la eudamónica (Castro Solano, 2014). Desde la aparición del primer trabajo de Casullo (2004) las temáticas publicadas en Latinoamérica han tenido en un 50 % una aproximación hedónica: dentro de dicha corriente el 22,5 % consideró solo a la satisfacción con la vida; un 12,5 % se focalizó en las emociones positivas; y el restante 15 % tuvo en cuenta las emociones positivas y la satisfacción con la vida de manera conjunta (Castro Solano, 2014).

Desde la línea eudamónica, el 17,5 % de los estudios abordó el tema del bienestar psicológico; otro 17,5 % de las publicaciones tuvo una aproximación emic; y un 15 % fueron estudios transculturales. De esta forma, se constata que en el periodo referido fueron nulas las publicaciones científicas sobre el florecimiento en Latinoamérica, siempre de acuerdo a la revisión bibliográfica hecha por Castro Solano (2014).

2.1 La perspectiva hedónica del bienestar

La PP operacionalizó la perspectiva filosófica del hedonismo bajo el constructo del bienestar subjetivo (Diener et al., 1989), cuyos antecedentes remotos fueron Epicuro, Locke y Hobbes (Waterman, 2008).

Los filósofos mencionados sostenían que el bienestar estaba relacionado con estados emocionales positivos tales como el placer, disfrute y alegría. Según Castro Solano (2014) cuando dichas emociones son maximizadas y aventajan a los estados negativos como el miedo y la tristeza, generan felicidad en las personas y les permite contar con mejores niveles de bienestar.

2.1.1 Bienestar subjetivo.

Dentro del constructo del bienestar subjetivo se diferencian dos dimensiones con un amplio respaldo empírico (Castro Solano, 2014). La primera está integrada por las emociones positivas (Fredrickson, 2001) y la segunda se denomina satisfacción con la vida (Pavot & Diener, 2008). A continuación se presentará una revisión conceptual de aquellos constructos relacionados con cada una de estas dimensiones. Se hará una revisión teórica de los conceptos más estudiados dentro de las emociones positivas, incluyendo sus conexiones con variables positivas y negativas del ámbito de la salud.

2.1.1.1 Emociones positivas.

Las emociones positivas se caracterizan por la espontánea e inmediata experiencia de placer o displacer ante la amplia gama de situaciones vitales que puede tener una persona (Diener, 1985). Históricamente la psicología se centró en el estudio de las emociones negativas relegando a un plano secundario las emociones positivas (Castro Solano et al.,

2010). Con la emergencia de la PP se acrecentó paulatinamente la literatura en torno a la teoría de las emociones positivas y sus beneficios, así como la asociación de aquellas con variables que favorecen una óptima salud mental (Fredrickson, 2001).

Fredrickson (2001) desarrolló la Teoría de la ampliación y construcción, modelo en donde se postula que las emociones positivas amplían, por un lado, los repertorios de pensamiento y acción de las personas, ya sea a nivel psicológico, social o físico. Por otro lado, favorecen la construcción de recursos personales que contribuyen positivamente a enfrentar situaciones adversas o problemáticas.

Los procesos de ampliación y construcción facilitan la transformación en las personas, permitiéndoles ser más creativas y resistentes a las dificultades, como así también tener mejor afiliación en los vínculos con otras personas, mejores niveles de humor y satisfacción con la vida (Fredrickson & Joiner, 2002).

A continuación se describirán estudios empíricos en población adulta y adolescente desde la Teoría de la ampliación y construcción de Fredrickson (2001).

2.1.1.1.1 Estudios en adultos.

En relación a la salud física tanto Fredrickson y Levenson, (1998) como Danner, Snowdon y Friesen (2001) comprobaron que aquellas personas que tenían mayor presencia de emociones positivas, a diferencia de las que no tenían contaban con un mejor funcionamiento cardiovascular, ya sea en el presente como en los años posteriores, dado que disminuía de forma significativa el riesgo a una enfermedades coronarias y de mortalidad en gerontes.

De modo similar, Uskul y Horn (2015) encontraron que las personas que experimentaban con más frecuencia emociones negativas que positivas presentaban mayores riesgos

de padecer altos niveles de estrés, peor funcionamiento en el sistema inmunológico, mayores consultas médicas y mayor probabilidad a contraer alguna enfermedad física.

En cuanto a la salud mental diversos estudios prospectivos comprobaron que la presencia de emociones positivas se asociaba a una mejor elaboración de situaciones traumáticas, menores niveles de estados de ánimo ansiosos, menores niveles de agresión, aumento de la flexibilidad cognitiva, aumento de los niveles de resiliencia, menores síntomas depresivos y crecimiento post traumático (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003; Fredrickson, 2000).

2.1.1.1.2 Estudios en adolescentes.

Por su parte Reschly, Scott Huebne, Appleton y Antaramian (2008) estudiaron cómo la frecuencia de sentir emociones positivas en adolescentes se asociaba positivamente con tareas y participación dentro de los ámbitos escolares. Lo que hallaron fue que aquellos que presentaban con más frecuencia emociones positivas durante su permanencia en el ámbito escolar se asociaba a un mayor compromiso en su rol de estudiantes y mejores estrategias de aprendizaje, a diferencia de los que sentían emociones negativas.

También se halló un estudio longitudinal en el que se afirmó la presencia de emociones positivas en adolescentes estaba asociada con un buen ajuste a la comunidad, menor presencia de trastornos internalizadores y externalizadores, menor reactividad emocional y mejor regulación emocional de eventos negativos, a comparación de aquellos jóvenes que presentaban bajas emociones positivas (Gentzler et al., 2012).

2.1.2 Clasificación de las emociones positivas segun la Psicología Positiva

Seligman (2004) clasifica las emociones positivas segun las que están ligadas al pasado, al presente y al futuro. A continuación se definirán cada una de ellas y se hará hincapié en el flow y su relación con el bienestar, dado que es una de las variables de estudio en el presente trabajo.

2.1.2.1 Emociones positivas enfocadas en el pasado

2.1.2.1.1 Perdón.

El perdón se define como una voluntad subjetiva de poder renunciar al resentimiento y al juicio negativo de aquellos que han injuriado o lastimado, pudiendo transformar dichas emociones negativas en compasión y generosidad con el otro (Carr, 2004).

La capacidad de perdonar se asocia a una salud mental positiva, a la reducción de los sentimientos de culpa, al aumento del bienestar mental y físico, a mayores índices de felicidad (Castro Solano et al., 2010; Seligman, 2004; Pennebaker & Seagal (1999); Jiang, Xiaodong, Lu & Guangtao 2015). También se ha encontrado que la capacidad de perdonar correlacionó con menores niveles de agresión, estrés, ira, mejor circulación sanguínea y menor nivel de síntomas psicopatológicos (Hill, Hefferman & Allemand, 2015).

2.1.2.1.2 Gratitud.

Segun Castro Solano et al. (2010), la gratitud hace posible amplificar sucesos pasados de experiencias que hayan sido gratificantes, agradeciendo las acciones recibidas de otras personas. Rodríguez (2015) agrega que es una reacción consciente que trae aparejado un proceso evaluativo positivo hacia los demás y concluye con un agradecimiento al dador.

Los beneficios de la gratitud son diversos, dado que se relaciona con mayores niveles de altruismo, adherencia al ámbito social, emociones positivas, bienestar psicológico y conducta prosocial. En el caso de que haya dificultad para implementar la gratitud, se evidencian mayores niveles de agresión, ansiedad y depresión (Emmons & McCullough, 2004).

Bono, Krakauer y Froh (2015), así como Alarcón y Rodríguez (2015), hallaron resultados similares, dado que encontraron que la gratitud se asociaba con mayores niveles de felicidad, como sentido de la vida, satisfacción con la vida, tranquilidad emocional, mayor empatía con el otro, relaciones más estables con las personas y mayor compromiso afectivo en las relaciones.

Algunos estudios transversales con adolescentes (Froh, Emmons, Card, Bono & Wilson, 2011) y otros de tipo longitudinal (Bono, Froh & Emmons, 2012) demostraron que la presencia de gratitud se correspondía con un buen ajuste psicosocial en los contextos cotidianos, relaciones sociales más cercanas, bienestar psicológico, prediciendo a futuro una adultez saludable en relación a diversos aspectos físicos, psicológicos y sociales.

También Froh et al. (2011) midió el funcionamiento social de un grupo de adolescentes por medio de una escala de gratitud, en donde los individuos que obtuvieron altos niveles en esta variable a los 6 meses se mostraron más participativos en tareas altruistas dentro de la comunidad en que vivían.

2.1.2.2 Emociones positivas enfocadas en el presente

2.1.2.2.1 Experiencia subjetiva focalizada en el presente: Experiencia óptima (flow).

El flow se define como un estado mental de implicancia total en una actividad, en donde el sentido del tiempo se distorsiona. La persona percibe que la tarea realizada representa un desafío acorde a sus recursos (Csikszentmihalyi, 1998).

La experiencia óptima reporta una mayor relación con altos niveles de bienestar subjetivo y psicológico (Csikszentmihalyi & Nakamura, 2009), performance deportiva (Orta-Cantón & Sicilia-Camacho, 2015), nivel de compromiso con la tarea escolar (Mesurado, Richaud, & Mateo, 2015) y realización de actividades recreacionales (Jackson & Marsh, 1996).

En población adulta Peterson, Parky Seligman (2005) realizaron un trabajo en culturas occidentales, con el objetivo de evidenciar de qué manera el flow podía predecir satisfacción con la vida por un lado y si se correlacionaba con las tres vías de la felicidad propuestas en el primer modelo del bienestar de Seligman (2004), a saber, la vida placentera, la vida comprometida y la vida significativa.

Los resultados indican que la presencia de flow se correlacionaba positivamente con las vías placentera, el compromiso y presencia de sentido en la vida, como también predecía la satisfacción con la vida a diferencia de aquellos que puntuaron menores niveles de flow, quienes a largo plazo tuvieron menor satisfacción con la vida y bajos niveles en las tres vías de la felicidad antes referidas.

Vielma y Alonso (2010) encontraron que aquellos que experimentaban con mayor frecuencia flow contaban con mejores niveles de atención, motivación, afecto positivo y

bienestar psicológico, a diferencia de aquellos que evidenciaban menores niveles de experiencia óptima.

En relación al flow en personas adultas y su relación con variables médicas, Peifer, Schulz, Schächinger, Baumann y Antoni (2014) reportaron que el flow disminuía los niveles del arousal, activaba el sistema parasimpático, aumentaba el cortisol y ayudaba a disminuir los niveles de stress en tareas que requerían concentración durante largos periodos.

Asakawa (2010) expuso resultados similares, luego de haber estudiado la relación entre el bienestar psicológico, el nivel de funcionalidad cotidiana y la frecuencia en que los jóvenes adultos tenían actividades de flow. Concluyó que las personas con mayor frecuencia en las actividades de flow tenían a largo plazo un mayor nivel de satisfacción con la vida, mejor ajuste psicosocial a las actividades académicas, mayor motivación en las actividades que realizaban en su vida de forma cotidiana, presencia de sentido en sus vidas, esperanza y propósito, menores niveles de ansiedad y mayor compromiso con las tareas académicas, a diferencia de aquellos jóvenes que poseían menores niveles de flow.

Delle Fave y Massimini (2005) estudiaron de manera transcultural y longitudinal a chicos de 13 a 17 años, hallando que aquellos que experimentaban flow de forma más continua a largo plazo contaban con mayor presencia de concentración en sus tareas escolares, percepción de control del contexto circundante, sentimientos de felicidad, esperanza, sentido, metas a largo plazo, involucramiento con las tareas sociales, menores niveles de apatía y tristeza, a diferencia de aquellos que poseían bajos niveles de puntuación en dicha variable.

Froh et al. (2010) agregan que en esta franja etárea la presencia de flow está relacionada con mayor integración social, ayuda a los demás, presencia de gratitud, esperanza, elevada satisfacción con la vida, afecto positivo, sensación de competencia escolar,

menor envidia, menores niveles de síntomas depresivos y de conductas delictivas, a diferencia de aquellos jóvenes con bajos niveles de flow, en quienes se verifican problemas de integración social con bajos niveles de ayuda a los demás, gratitud, esperanza, satisfacción con la vida, afecto positivo, sensación de competencia social, envidia y altos niveles de síntomas depresivos y conductas delictivas.

En alumnos de 9 a 15 años se encontró que el flow se relacionaba positivamente con la percepción de logro, desafío, habilidad, control, atención, activación cognitiva y satisfactoria calidad afectiva hacia la tarea escolar durante su realización a diferencia de aquellos adolescentes niños y adolescentes que mostraban menores niveles de flow, quienes tenían mayores niveles de apatía, desinterés y aburrimiento (Csikszentmihalyi & Wong, 2014).

Mesurado (2010), Whalen (1998) y Neumann (2006) hallaron que el flow aumentaba el nivel de motivación y el compromiso, prediciendo positivamente el rendimiento escolar en alumnos de secundario y maximizando su experiencia de aprendizaje.

Un estudio dentro del área escolar en adolescentes del nivel Secundario de cultura oriental indagó si las experiencias de flow facilitaban el aprendizaje positivo. Se determinó que aquellas experiencias mejoraban la autoconfianza, la performance académica, el compromiso con la tarea, la receptividad de nuevos contenidos vistos en clase y el cumplimiento de las metas curriculares, además de evidenciar una mayor motivación intrínseca (Choe, Kang, Seo & Yang, 2015).

Jiménez-Torres y Cruz Quintana (2011) estudiaron las actividades que realizaban los adolescentes de 16 a 20 años y el nivel de flow que experimentaban en ellas, las emociones concomitantes, si existía correlación entre el rendimiento académico, el tiempo invertido en el

estudio y el flow percibido y, por último, el poder predictivo del flow sobre el rendimiento académico.

Se encontró que en la escuela los alumnos experimentaban un bajo nivel de flow, con altas puntuaciones en los valores de ansiedad, aburrimiento y apatía, en contraste con lo que sucedía durante las actividades deportivas. Asimismo, se determinó que el flow tenía poder predictivo sobre un buen rendimiento académico.

Resumiendo los estudios revisados hasta aquí, se pueden mencionar tres aspectos significativos: a) el tamaño de las muestras es pequeño; b) la mayoría de las investigaciones se centra en una franja universitaria y no en población adolescente; c) no se hallaron investigaciones que indaguen si el florecimiento puede predecir experiencias óptimas en adolescentes, sea en poblaciones en tratamiento psicológicos o escolares.

2.1.2.2.2 Savoring.

Para Bryant y Veroff (2006), el savoring -saboreo- se caracteriza por la apreciación, atención y aumento de las experiencias gratificantes de la vida. Según Castro Solano et al. (2010), se trata de un proceso activo en donde la persona maximiza un instante de placer, dejando de lado los pensamientos que lo conecten con situaciones futuras.

Chadwick (2012) afirmó que los adolescentes que maximizaban sus experiencias de saboreo tenían mejores niveles de emociones positivas, a diferencia de aquellos que tenían menores niveles en dicha variable. También el autor halló que aquellos adolescentes que referían tener experiencias de saboreo tenían mayores niveles de salud física y psicológica, mostrando un desenvolvimiento diario superior en diversas áreas vitales.

Bryant (2003) reportó que en adultos el saboreo estaba correlacionado positivamente con emociones positivas tales como el optimismo, mayor regulación de la impulsividad, satisfacción con la vida, y auto-confianza. A su vez, se relacionaba negativamente con la falta de esperanza, depresión y neuroticismo.

Gentzler, Amy, Morey y Yuen Yi (2013) también hallaron en población de adolescentes que a mayor presencia de saboreo, mayor era la presencia de emociones positivas. Además, indicaron que aquellos que contaban con mejores niveles de saboreo, poseían un mejor nivel de ajuste psicosocial y menores trastornos externalizadores e internalizadores, a diferencia de quienes poseían bajos niveles de aquella variable.

2.1.2.2.3 Mindfulness.

El mindfulness -conciencia plena- se define como un estado en que la persona presta atención de una forma particular, centrándose en el tiempo presente, sin hacer juicios de valor acerca de sus emociones y pensamientos. La actitud que se debe adoptar tiene que ser compasiva con la realidad, evitando interpretaciones de la misma, focalizándose en la descripción aquí y ahora de los propios pensamientos, emociones y circunstancias que se estén atravesando (Kabat-Zinn, 1990).

Los beneficios del mindfulness son numerosos en los dominios cognitivo, fisiológico, emocional y conductual (Pere et al., 2015; Kristeller, 2007; Tang, Hölzel & Posner, 2015; Malinowski, 2013). En efecto, se ha constatado que en población adulta dicho estado mental se correlaciona positivamente con la neuroplasticidad neuronal, el equilibrio neurológico, el aumento de estrategias de afrontamiento, la claridad mental, el bienestar físico, la reducción de la tensión corporal, el equilibrio cognitivo y afectivo, y el distanciamiento de las emociones negativas.

En población adolescente existe evidencia de que la práctica del mindfulness aumenta el desarrollo social, la competencia emocional, las emociones positivas, el optimismo, el auto-concepto, el bienestar social y psicológico, así como también disminuye la presencia de síntomas depresivos y numerosos cuadros psiquiátricos, además de reducir el estrés (Schonert-Reichl & Stewart Lawlor, 2013; Burke, 2010; Lau & Hue, 2011; Brown et al., 2011).

2.1.2.3 Emociones focalizadas en el futuro

2.1.2.3.1 Optimismo.

Según Posen (2006), el optimismo se vincula con expectativas positivas y metas a largo plazo. Es una cualidad positiva relacionada con la salud mental satisfactoria, la perseverancia, el logro, la presencia de salud física y la fortaleza en las personas. Permite tener a la persona una actitud más positiva respecto de su propio futuro, aumentando su estado de ánimo en pos de lograr sus metas a largo plazo (Carr, 2004; Peterson & Seligman, 2001; Alpízar Rojas & Salas Marín, 2012).

Según Martínez (2006), las personas optimistas responden mejor a situaciones adversas y estresantes, establecen relaciones sociales más próximas, presentan mayor éxito académico y mejores niveles de salud física.

Hatami, Fadayi y Rezaei (2015) descubrieron que en población geronte existía una correlación negativa entre la ansiedad existencial y el optimismo y el bienestar psicológico. A nivel predictivo también hallaron que el optimismo puede predecir positivamente una baja ansiedad existencial.

Otros beneficios del optimismo son la ampliación de recursos cognitivos para resolver problemas (Contreras & Esguerra, 2006), la percepción positiva ante una eventual enfermedad, mejor calidad de vida, mayor longevidad, mayor sociabilización, mejor rendimiento deportivo, menor presencia de síntomas depresivos, entre otros beneficios positivos para la salud mental y física (Contreras & Esguerra, 2006; Lopez, Kasanzew & Lopez, 2007).

De manera particular, Kern, Adler, Waters y White (2015) estudiaron el optimismo en población adolescente, reportando que aquellos que contaban con un alto desempeño en dicha variable tenían mayor vitalidad física, mejores niveles de salud mental y mayor compromiso con las tareas cotidianas.

2.1.2.3.2 Esperanza.

Snyder y Lopez (2002) definen a la esperanza como una cualidad positiva que facilita el cumplimiento de objetivos y metas, siendo un importante factor de motivación de la conducta. Según Chavens (2000) y Ciarrochi et al., (2015) la temática ha sido estudiada principalmente en adultos, pero escasamente en adolescentes. En adultos la presencia de esperanza se vincula con cumplimiento de metas a largo plazo y mayor presencia de flexibilidad cognitiva (Snyder & Lopez, 2002). Por otro lado se ha encontrado una asociación positiva entre la esperanza y el bienestar psicológico (Ciarrochi et al., 2015) y aquella variable, la presencia de resiliencia y bienestar subjetivo (Satici, 2016).

Valle, Huebner y Suldo (2006) reportaron que las personas con altos niveles de esperanza presentan afrontar mejor las situaciones estresantes de su vida, prediciendo mayor presencia de propósito y sentido de la vida a largo plazo. Para Feldman y Snyder (2005) y Maikranz et al. (2007) la esperanza se asocia a una mayor adherencia a los tratamientos médicos y

psicológicos. Schmid et al.(2011) indicaron también que la esperanza se relaciona con la regulación emocional, la solidaridad y la presencia de vínculos más íntimos con los demás.

En población adolescente existe un importante antecedente segun el cual la esperanza se relaciona con el éxito académico, el bienestar emocional y la satisfacción con la vida (Ciarrochi, Heaven& Davies, 2007).

2.1.2.3.3 Experiencia subjetiva focalizada en el presente: Satisfacción con la vida.

La satisfacción con la vida es el resultado del proceso de evaluación cognitiva que hace una persona respecto al devenir pasado y presente de su propia vida en diferentes dominios tales como el familiar, la salud física y el ámbito laboral (Diener et al., 1989). Se trata de un concepto multi-dimensional que incluye componentes cognitivos y afectivos(Diener, 1984).

Este constructo tiende a ser consistente a lo largo del tiempo arrojando correlaciones moderadas de test, re-test de 0.53 en adolescentes y adultos, a diferencia de lo que sucede con las emociones positivas, que son más pasajeras (Park, 2004; Pavot & Diener, 1993; Schuessler & Fisher, 1985).

Con frecuencia se estudia la satisfacción con la vida como si fuera un constructo despojado de las influencias culturales y socioeconomicas propias del contexto en que se desarrolla el sujeto. Casas et al. (2007, 2012) afirman que los contextos de extrema pobreza se relacionan con bajos niveles de satisfacción con la vida en todas las franjas estareas,aunque reconocen que no existe consenso entre los investigadores respecto a la incidencia de la variable socioeconómica en la satisfacción con la vida.

En cuanto a la prevalencia de dicha variable, los valores a nivel mundial son positivos tanto en adultos como en adolescentes (Castro Solano, 2014; Park,2004). Sobre esta ultima

población cabe citar un importante estudio comparado entre adolescentes argentinos y brasileños que tenían entre 12 y 16 años, y para lo cual se empleó el inventario personal de bienestar (PWI), la escala multidimensional de satisfacción con la vida para estudiantes (BMSLSS) y la escala de bienestar subjetivo (SWLS).

El primer instrumento arrojó que había un 82 % de argentinos satisfechos, frente a un 80,88 % de brasileños. El segundo instrumento reflejó que la satisfacción de vida se hallaba en el 41,19 % de los adolescentes argentinos y en el 31,32 % de los brasileños. El tercer instrumento mostró que el 31,50 % de los adolescentes argentinos poseían un nivel aceptable de satisfacción con la vida, mientras que en Brasil dicha proporción ascendía al 40,09 % (Castellá Sarriera et al., 2015).

Por otra parte, vale notar que diversos estudios han demostrado que los niveles de satisfacción con la vida tienden a disminuir a lo largo del tiempo en muestras de adolescentes de 12 a 15 años. Esto fue advertido en países como Noruega, India, Sudafrica (Coenders et al., 2005), Brasil y Argentina (Castellá Sarriera et al., 2015).

Por último, debe decirse que las variables sociodemográficas tales como la edad, género y nivel educativo de los padres no afectan de forma significativa a la satisfacción de la vida en población adolescente (Gilman & Huebner, 2003).

2.1.2.3.3.1 Estudios sobre satisfacción con la vida y su relación con variables positivas y negativas

2.1.2.3.3.1.1 Estudios en adultos.

Luego de un meta-análisis en población adulta, Lyubomirsky, King y Diener (2005) reportaron que un alto nivel de satisfacción con la vida predecía matrimonios más positivos,

sensación de pertenencia a un grupo de amigos, mejor desempeño laboral, presencia de salud física y mental positiva.

Con respecto a los hábitos saludables, se halló que las personas que presentaban una alta satisfacción con la vida hacían actividad física con bastante frecuencia, tenían un autoconcepto físico positivo, bajos niveles de estrés, niveles de peso corporal saludables, sensación de eficacia y satisfactoria calidad de vida (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe & Ryan, 2000; Reinboth, Duda & Ntoumanis, 2004; González-Serrano, Huéscar Hernández & Moreno-Murcia, 2013).

Un estudio de Zubieta y Delfino (2010) en población adulta joven de Argentina comprobó que un nivel positivo de satisfacción con la vida estaba asociado a un mayor nivel de bienestar psicológico, bienestar social, mayor percepción de progreso y cambio social, mayor nivel de metas a futuro y alta capacidad para transitar experiencias saludables.

Contrariamente, los jóvenes adultos que presentaban bajos niveles de satisfacción con la vida revelaban menores niveles de bienestar psicológico y social, menor percepción de progreso y cambio social, menores metas a futuro y baja capacidad de producir experiencias saludables que provocaran bienestar (Zubieta & Delfino, 2010).

Con respecto a la salud mental se encontró que la presencia de satisfacción con la vida en población geronte predecía bajos niveles de resentimiento, percepción de maltrato por la sociedad en el último mes, presencia de apoyo social, bajo consumo de sustancias psicoactivas y apertura social, es decir, capacidad para establecer nuevas relaciones con los demás (Inga Aranda & Vara Horna, 2006).

Por su parte, Lacruz et al. (2016) efectuaron un diseño longitudinal en el campo de la salud mental que demostró la existencia de una relación significativa positiva entre la satisfacción

con la vida y los hábitos del sueño, así como una relación negativa entre aquella variable y los síntomas depresivos. En contrapartida, aquellos adultos que poseían menores niveles de satisfacción con la vida tenían mayores niveles de síntomas depresivos y peores hábitos del sueño.

Por último, un estudio transversal con jóvenes universitarios reveló que aquellos estudiantes con bajos niveles de satisfacción vital incrementaban la frecuencia de uso de los dispositivos móviles u otros tipos de adicción, poseían mayores niveles de estrés y bajo rendimiento académico, a diferencia de los jóvenes que contaban con niveles medios o altos de satisfacción con la vida, en quienes se revertía la tendencia en las tres variables mencionadas, es decir, mejoraba el rendimiento académico, disminuía el uso de dispositivos móviles y el nivel de estrés (Samaha y Hawi, 2016).

2.1.2.3.3.1.2 Estudios en adolescentes.

Numerosos autores destacan que la presencia de la satisfacción con la vida en adolescentes se asocia positivamente con altos niveles de relaciones sociales e interpersonales, compromiso con actividades saludables, autoestima, extraversión, motivación intrínseca en las tareas, resiliencia, optimismo y afecto positivo, buen funcionamiento intrapersonal, buen rendimiento académico, satisfacción con el ámbito académico, buena relación con docentes, percepción de competencia escolar y, por último, se correlaciona con parámetros de desarrollo saludables en niños y adolescentes (Proctor, Linley & Malthby, 2009; Greenspoon & Saklofske, 2001; Ben-Zur, 2003; Gilman & Huebner, 2006; Suldo & Huebner, 2006; Froh et al., 2010; Suldo & Huebner, 2004; Park, 2004; Ng, Huebner & Hills, 2015; Lippman et al., 2014).

También la satisfacción con la vida se asocia con la participación de actividades extra curriculares (Gilman, 2001) o actividades solidarias en organizaciones o en grupos benéficos (Maton, 1990). En oposición a esto último, aquellos que reportan menores valores de satisfacción con la vida tienden a desarrollar actividades más solitarias, teniendo menos actividades con sus compañeros y participando de actividades más sedentarias como mirar televisión (Wong & Csikszentmihalyi, 1991). Por su parte, Lewinsohn, Redner y Seeley (1991) afirman que la presencia de satisfacción con la vida es un factor protector en salud mental al disminuir el riesgo de tener síntomas depresivos e ideación suicida.

En otro trabajo de Castro Solano y Díaz Morales (2002) en población adolescente urbana y rural de España y Argentina, se observó que una alta satisfacción con la vida en el dominio de los estudios, la familia, los amigos, los compañeros de estudio, la salud física y la salud psicológica correlacionaba positivamente con mayor presencia de objetivos vitales.

Asimismo, se notaron divergencias entre poblaciones urbanas y rurales respecto a la satisfacción con la vida: en las primeras existía una tendencia a percibir insatisfacción generalizada en todas las áreas vitales, a diferencia de lo que manifestaban los jóvenes que vivían en áreas de menor densidad poblacional, quienes se mostraban más satisfechos en todos los aspectos de la vida.

Segun un estudio de diseño mixto de Benatuil (2002) las variables que más inciden la satisfaccion con la vida en la adolescencia son el bienestar general o disfrute (74%), los buenos vínculos (68%), la autoaceptación (61%), lograr objetivos (31%), ausencia de problemas (19%), salud física o psíquica (16%). Por debajo del 10% de prevalencia se encuentran el bienestar con el cuerpo, el sentirse capaz de hacer cosas, la tranquilidad, tener equilibrio, ser positivo, saber afrontar problemas, la autonomía, los bienes materiales y realizar los sueños.

Por otra parte, existen evidencias de que en población adolescente los bajos niveles de satisfacción con la vida se relacionan con numerosos riesgos psicológicos y sociales, tales como los síntomas depresivos y ansiosos, la violencia hacia los compañeros, los sentimientos de soledad, diversos desórdenes psicológicos, problemas disciplinarios, relaciones desadaptativas con los otros, poco cuidado de la salud personal, mayor consumo de sustancias psicoactivas-tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales-, problemas externalizadores y presencia de conducta antisocial (Park, 2004; Furr & Funder, 1998; Lewinsohn, Render & Seeley, 1991; Zuling et al., 2001; Valois et al., 2001; Coker et al., 2000).

Asimismo, la baja satisfacción con la vida se relaciona con escasapercepción de soporte afectivo de los parientes (Saha, Huebner, Suldo& Valois, 2010), con bajo nivel de compromiso en la participacion escolar (Lewis, Huebner, Malone, & Valois, 2011), con pocos vínculos entre sus pares y victimización general en las relaciones interpersonales (Martin, Huebner& Valois, 2008).

2.1.2.3.3.2 Limitaciones y futuras direcciones dentro de la sastisfaccion con la vida.

Proctol et al. (2009) aseguran que literatura sobre la satisfacción con la vida en adolescentes es más limitada que la existente en adultos, pero de creciente interés en la última década. Por eso no es extraña la advertencia de Castella Sarriera et al. (2015) de que son escasos los trabajos de corte longitudinal en esta población, siendo necesaria una mayor investigación del constructo en relación a variables protectoras y de riesgo.

También Castella Sarriera et al. (2015) afirman quese carece de estudios que midan de forma longitudinal las variaciones que se van dando en el bienestar de los adolescentes, ya

que es un etapa de crisis vital en donde, por un lado, aumenta el riesgo en múltiples dominios del desarrollo vital pero, por el otro, es una oportunidad para la emergencia de nuevas experiencias emocionales, sociales y de maduración cognitiva.

2.2 La perspectiva eudamónica del bienestar

El concepto de eudamonia fue explicado primeramente por Aristóteles (1985), filósofo griego para quien la vida humana debía desarrollarse de acuerdo a las virtudes humanas. Estas eran definidas como hábitos -en griego *hexis*, es decir, modos de ser adquiridos- que perfeccionan principalmente la facultad operativa llamada voluntad para obrar bien con prontitud, facilidad y fruición.

Tales virtudes eran buenas si se conformaban a la naturaleza humana, es decir, si eran congruentes con sus inclinaciones propias, teniendo tanta fuerza para determinar a la conducta en un sentido u otro, que podían considerarse verdaderamente como una segunda naturaleza que se adquiría mediante la repetición de actos cada vez más intensos.

Al mismo tiempo, sostenía que la felicidad era alcanzable en la medida en que el hombre desarrollaba sus potencialidades en relación a propósitos y metas dentro de una sociedad. Por eso el hombre era, en expresión aristotélica, un animal político, un ser sociable por naturaleza (Henderson & Knight, 2012).

Aristóteles consideraba también que la perspectiva eudamónica era una visión objetiva de la felicidad, ya que la vida virtuosa solo era posible si se sustentaba en el juicio y la valoración cognitiva de las emociones. Por eso distinguía la buena vida de los placeres momentáneos, ya que estos últimos le parecían que denigraban a la condición humana, siendo las emociones positivas algo secundario y poco relevante en la consecución de la vida virtuosa (Waterman, 2008).

SegunHenderson y Knight (2012), existe mayor acuerdo entre los investigadores sobre cuáles son los constructos centrales del bienestar subjetivo cuando se adopta un enfoque hedónico, a diferencia de lo que ocurre con las líneas eudamónicas que suponen visiones contrapuestas y teorías que intentan explicar mediante la ciencia de la PP las nociones que se generaron en el ámbito de la filosofía aristotélica.

Mas allá de dichos antagonismos, para Delle Fave et al. (2011) existen dos conceptos centrales en el eudamonismo, tales como el crecimiento personal y el sentido de la vida. Otros constructos tienden a estar presente en la literatura sobre el tema pero en menor medida. Entre estos últimos pueden citarse el propósito, la autonomía, la competencia personal, la realización personal, la aceptación de sí mismo, la autenticidad, la congruencia con los valores y la conexión social (Huta & Ryan, 2010;Deci & Ryan, 2008).

En los apartados siguientes se explicarán las teorías más representativas de la perspectiva eudamónica. Ante todo se desarrollará la teoría de la autodeterminación (Ryan & Deci, 2000), seguida por la explicación del sentido de la vida desde la Psicología Humanista (Frankl, 2004)y, por último, el desarrollo de la teoría del bienestar psicológico (Ryff, 1989).

2.2.1 Teoría de la autodeterminación

Vazquez, Gonzalo, Rahona y Gomez (2009) afirman que la teoría de la autodeterminación es eudamónica apoyándose en la idea propuesta por Ryan y Deci (2000) de que la autorealización es el factor del cual depende principalmente el bienestar personal. Por otro lado, la teoría de la autodeterminación sostiene que el funcionamiento psicológico sano supone una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía, el sentirse competente y el relacionarse con los demás, a partir de un sistema de metas congruentes y coherentes (Deci & Ryan , 2000).

La autonomía es la tendencia a regular la conducta en función de los valores personales, resistiendo a las presiones, cohesión y control externo, y facilitando el despliegue de las motivaciones intrínsecas, en detrimento de las demandas externas. También la autonomía permite elegir de forma libre las acciones que son consistentes con los valores personales.

La competencia estimula el interés y la apertura a las oportunidades y nuevos aprendizajes, facilitando la exploración del medio circundante y seleccionando nuevos desafíos acordes a la habilidades personales. En síntesis, es la habilidad para actuar en el ambiente y poder alcanzar los objetivos personales dentro de la sociedad. Por último, la vinculación o relación es la tendencia a sentir conexión con los miembros de una sociedad, permitiendo no solo la cohesión del grupo de pertenencia sino también la protección de este hacia los miembros que lo integran.

La mayoría de los estudios sobre esta teoría se han efectuado en ámbitos deportivos (Sánchez Oliva et al., 2011; Gagne, 2006; García Calvo et al., 2012) reportando que a mayor autonomía, competencia y vinculación con los otros son mayores los niveles de persistencia, conductas pro sociales y ausencia de conductas antisociales, hábitos deportivos, felicidad, compromiso con las tareas realizadas, sentido de la vida y motivación intrínseca.

Pese a la prevalencia de literatura que confirma la validez de la teoría en el ámbito deportivos, trabajos de investigación por fuera de este campo han constatado la correlación positiva entre autonomía, competencia y vinculación con los demás, y la presencia de autoeficacia, humor y mejores síntomas de salud médica y psicológica en pacientes con enfermedades crónicas (Alcedo, Bastidas & Torres, 2016).

Otro estudio hecho por García Gómez (2016) en adolescentes españoles indagó la relación entre los tipos de valores, estilos de vida y los síntomas psicopatológicos, concluyendo que

aquellos jóvenes que evidenciaban valores intrínsecos como amor a los demás, presentaban estilos de vida más prosociales y menores síntomas psicopatológicos

Con respecto a los jóvenes que tenían mayor cantidad de valores extrínsecos como la fama o el dinero tenían mayores niveles de trastornos psicopatológicos de tipo externalizantes, problemas de atención, conductas agresivas y antisociales, como así también estilos de vida enfocados al daño de la sociedad que los rodeaba.

2.2.2 Psicología Humanista

La Psicología Humanista nace en Estados Unidos en 1962 con el propósito de desarrollar un modelo por fuera de los determinismos del psicoanálisis y del conductismo, teniendo como foco principal de interés la experiencia interna del sujeto y la consideración de la persona como un todo, permitiendo estudiar fenómenos positivos y sanos del ser humano como la libertad, la creatividad, el amor y la responsabilidad, entre otras cualidades humanas (Aedo, 2015).

Entre los pensadores más influyentes que refiere Aedo (2015) se encuentran Kurt Goldstein, Erich Fromm, Carl Rogers, Abraham Maslow, Fritz Perls, Rollo May, Karen Horney, Aldous Huxley, Herbert Marcuse, entre otros. En el continente europeo el humanismo recibió los aportes de la filosofía existencial -entre cuyos pensadores emblemáticos aparece Heidegger, Sartre y Binswanger- y de la logoterapia fundada por Frankl (2004). A continuación se ofrece un resumen de los conceptos de presencia de sentido de este último autor.

2.2.2.1 Presencia del sentido.

La logoterapia es una rama de la psicoterapia que ayuda a los hombres a descubrir la razón íntima de su ser y conectarse con el sentido de la vida, siendo la búsqueda del sentido el fundamento de la felicidad (Frankl, 2004). Según Noblejas de la Flor (1995) la persona tiene que descubrir la conexión con los valores que está llamado a realizar para lograr su bienestar. También agrega que el hombre es libre y puede decidir de forma responsable cómo quiere cumplir el sentido de su vida, siendo esta la aspiración central en la existencia humana.

Frankl (2004) agrega que el hombre tiene que atender a su dimensión espiritual, ya que esta le permite captar los valores, que se encuentran en la realidad objetiva, concebida como un cosmos ordenado y lleno de sentido. Por lo tanto, el hombre -desde su espiritualidad subjetiva- está llamado a realizar el sentido de su ser en el encuentro con la realidad o mundo espiritual objetivo, y con los otros seres humanos. El hombre está en el mundo, es un ser que se decide. Hay una continua tensión entre el ser -espiritualidad subjetiva- y el deber ser -mundo objetivo de los valores- (Noblejas de la Flor, 1995).

La persona se va auto realizando en la medida que se hace responsable de un sentido, para el cual movilizará todo su ser con el objeto de conseguir su felicidad; en caso de no tener sentido la vida de las personas se hunde en el vacío existencial.

Según Pareja Herrera (2006), el descubrimiento del sentido puede generarse a través del compromiso con tres tipos de valores. En primer lugar, los valores de creación, que surgen del ofrecimiento de algo creado por el hombre para el mundo donde vive. En segundo lugar, los valores de experiencia, focalizados en el recibir más que en darle algo a la sociedad. Estos valores se corresponden con las vivencias de apertura y trascendencia de las personas a otros seres humanos; vínculos que pueden ser desde una amistad hasta el amor profundo hacia el

otro. En tercer lugar, los valores de actitud, que son la capacidad de sobreponerse y seguir tomando decisiones desde la libertad propia del hombre, más allá de las limitaciones biológicas, psicológicas y sociales.

Si bien el sentido de la vida fue acuñado por Frankl (2004), la PP realizó un estudio científico de dicho constructo a partir de Steger (2006), quien lo definió como el sentido que se tiene de la naturaleza del propio ser y existencia, como así también el grado en que una persona atribuye significado a su vida y siente que tiene un propósito o meta a seguir (Steger, 2009).

Segun Martera y Steger (2016) el significado de la vida tiene tres componentes centrales. En primer lugar, la coherencia, que se define como la percepción de que la vida tiene un sentido. En segundo lugar, un propósito, que se caracteriza por la sensación de tener metas claras, objetivos y una dirección definida en la vida. En tercer lugar, se encuentra el significado, que se define como la evaluación personal de que la propia vida transcurre acorde a valores intrínsecos.

En el significado de la vida algunos autores reconocen dos dimensiones: la presencia de significado y la búsqueda de significado. La presencia hace referencia a la medida en que el sujeto comprende o le otorga significado a su vida acompañado por el grado en que se perciben con un propósito, meta u objetivo. La búsqueda de significado se caracteriza por el grado en que los individuos intentan establecer o incrementar su comprensión del sentido o propósito en sus vidas, no siendo equivalente a la ausencia de significado (Gongora & Castro Solano, 2011; Steger, Kashdan, Sullivan& Lorentz, 2008).

2.2.2.1.1 Estudios sobre significado de la vida en adultos.

Segun Steger y Kashdan (2009) aquellas personas que presentaban bajos niveles de significado con la vida tenían mayores niveles de síntomas depresivos, menor nivel de actividades cotidianas, menor participación social, menores niveles de vínculos cercanos e íntimos con los demás y bajos niveles de bienestar.

Dichos resultados tambien se evidenciaron en población que estaba en proceso de cesación tabáquica (Steger, Mann, Michels & Cooper, 2009): aquellos sujetos que tenían ausencia de sentido de la vida tenían altos niveles de síntomas ansiosos y depresivos, bajos niveles de conductas saludables y mayor tasa de recaída en el consumo de cigarillo. Por el contrario, aquellos que tenían presencia de sentido contaban con menores niveles de síntomas psicopatológicos, menor tasa de recaídas y mayores niveles de conductas saludables.

Además, se reporto que tenían mayor nivel de compromiso con su trabajo y mejores resultados en el rendimiento laboral (Duffy, Dik & Steger, 2011), presencia de satisfacción con la vida a largo plazo (Steger & Kashdan, 2007), hábitos saludables de vida, participación social y vínculos cercanos con los demás (Steger & Kashdan, 2009).

Por otro lado existen numerosas investigaciones que evidencian que la ausencia de sentido se asocia con ideación suicida, desesperanza, adicción a las drogas, intentos de suicidio, síntomas depresivos y ansiosos, vacío existencial, baja captación de razones y motivos para vivir, dificultad en percibir que la vida tiene aspectos positivos, baja expectativa de logros personales, bajo nivel de percepción de control en la situaciones cotidianas, baja autonomía, agresión hacia los demás y conductas delictivas (Noblejas de la Flor, 1995; García-Alandete, Gallego-Pérez & Pérez-Delgado, 2008; Espósito, Spirito, Boergers & Donaldson, 2003; Valladares, 2004; Petersen, 1988; Robatmili, et al., 2014).

También Rodak y Griffin (2000) destacan que la presencia de sentido en población adulta universitaria se correlaciona de forma muy sólida con sentimientos de felicidad y ausencia de ideación suicida. No obstante, aquellas personas que tienen bajos niveles de sentido tienden a tener mayores intentos de suicidio a largo plazo y menores sentimientos de felicidad.

2.2.2.1.2 Estudios sobre el significado de la vida en adolescentes.

Según Gongora y Castro Solano (2011), los estudios sobre este constructo en población adolescente son escasos, aunque afirman que la presencia de sentido de la vida se correlaciona positivamente con ciertas variables descritas por el modelo de Seligman (2004) como la satisfacción con la vida, calidad de vida positiva y niveles significativos de bienestar psicológico.

Por su parte, Kiang y Fullgani (2010) reportaron que la alta presencia de significado se asocia positivamente con mayor autoestima, identidad étnica, ajuste académico y el bienestar. Dichos hallazgos son compartidos por Ho, Cheung y Cheung (2010), así como por Yeager y Bundick (2009), que encontraron una correlación significativa entre el significado de la vida y el bienestar, el optimismo y los objetivos útiles en tareas escolares.

Por último, Brassai, Piko y Steger (2011) realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar si el sentido de la vida era un factor protector en la adolescencia, teniendo en cuenta variables fácticas tales como el consumo de sustancias, conductas de riesgo y salud mental.

Lo que hallaron dichos autores fue, ante todo, que no había una diferencia significativa de presencia de sentido de la vida según el sexo. Luego, que los jóvenes que tenían bajos niveles de sentido de la vida contaban con altos niveles de síntomas psicossomáticos, peores niveles de bienestar psicológico, peor calidad de vida y consumo de cigarrillos, alcohol, drogas, sedantes, no se cuidaban en las relaciones, bajo ejercicio físico y escaso control de los

alimentos que ingerían, en comparación con aquellos jóvenes que tenían altos niveles de sentido de la vida, quienes ostentaban menores niveles en las variables mencionadas.

2.2.3 Teoría del bienestar psicológico

Ryff y Singer (2008) refieren que una de las finalidades de su teoría del bienestar psicológico es la de integrar de forma coherente los aportes de diferentes orientaciones. En el caso particular de la Psicología Humanista, los constructos sentido de la vida, crecimiento personal y desarrollo positivo (Frankl, 2004 & Erikson, 1959). En relación a la filosofía aristotélica, la importancia de definir la salud mental en términos positivos y no solo como ausencia de indicadores psicopatológicos (Jahoda, 1958). Por último, la idea de Russell (1958) sobre el bienestar según la cual no se trataba de un estado pasajero, sino que implicaba esfuerzo para su consecución y sobreponerse a los obstáculos de la vida.

Ryff (1989) recopiló los principales aportes de las corrientes mencionadas y los ordenó en seis factores que expresaban un buen funcionamiento social y presencia de salud mental positiva. A continuación se explica cada uno y se aclara qué significado tienen en cada caso los valores altos y bajos:

1. Auto-aceptación: surge de la evaluación que un sujeto hace de sí mismo a largo plazo, y cuyos indicadores son las actitudes positivas hacia uno mismo, conociendo y aceptando múltiples aspectos de la personalidad -fortalezas y debilidades-, como también así tener emociones positivas de la historia personal. Altos niveles de auto-aceptación se asocian a una actitud positiva hacia la vida y el propio pasado, en tanto que bajos niveles de auto-aceptación se asocian a una baja satisfacción consigo mismo y disconformidad con el pasado vivido.

2. Crecimiento personal: es un proceso continuo de actualización de las propias potencialidades, afrontando los desafíos de cada etapa vital y buscando nuevas experiencias que permitan poner a prueba los recursos personales adquiridos a lo largo del tiempo ya vivido. Altos niveles de crecimiento personal generan la sensación de que se está en continuo desarrollo, aprovechando plenamente las experiencias novedosas para ampliar los conocimientos y la efectividad personal en los ámbitos de desenvolvimiento cotidiano.

Por el contrario, los bajos niveles de crecimiento personal se reflejan cuando la persona siente que se estanca o paraliza, teniendo poco interés por la vida y una baja percepción de expansión de las potencialidades con una ausencia de nuevos aprendizajes y desafíos personales.

3. Propósito de vida: crear un sentido y un propósito son los logros más importantes en la vida del ser humano según las líneas existencialistas en psicología. El lograr un propósito en la vida se encuentra asociado a una salud mental positiva, dado que permite tener una dirección hacia metas concretas e intencionalidad. Altos niveles de propósito en la vida revelan la presencia de un sentido claro hacia donde se dirige la persona a través de su conducta. Bajos niveles de propósito en la vida se relacionan con falta de sentido en la vida, ausencia de una dirección futura y dificultad de haber conseguido objetivos pasados.

4. Control ambiental: este factor se define como la sensación de competencia y eficacia en el manejo del entorno, pudiendo superar situaciones adversas y crear soluciones que generen una integración y funcionamiento positivo con el medio. Altos niveles de control ambiental se relacionan con sentirse competente ante las adversidades externas, capitalizando las oportunidades que se presentan y seleccionándolas de acuerdo a los valores personales. Bajos niveles de esta variable evidencian una dificultad en manejar las adversidades, teniendo la sensación de incapacidad y falta de control para modificar el contexto de forma creativa.

5. Autonomía: se caracteriza por la independencia y regulación emocional para resistir presiones sociales, pudiendo actuar efectivamente según la cultura en donde la persona está inmersa, actuando por convicción allende las normas sociales, sin perjudicar a los demás. Altos niveles de autonomía denotan una elevada determinación e independencia. Bajos niveles de autonomía muestran que la persona confiere excesiva atención a las evaluaciones de los demás, en detrimento de los juicios personales a la hora de tomar decisiones y actuando en relación a las presiones sociales.

6. Relaciones positivas con otros: son un aspecto central del bienestar. La presencia del amor en las relaciones con los otros es un aspecto muy importante de la salud mental, como así también el entablar vínculos estrechos, cálidos, empáticos y afectuosos. Altos niveles de atención positiva con los demás están ligados a la preocupación, satisfacción, confianza, cercanía e intimidad con los demás. Bajos niveles de dicha variable se describen como una desconfianza, alejamiento, aislamiento y falta de compromiso en el sostenimiento de las relaciones sociales.

2.2.3.1 Estudios sobre el bienestar psicológico y su relación con variables demográficas.

En relación a las variables socio-demográficas se han hecho algunos estudios longitudinales (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 1991) en donde se observaron las variaciones del bienestar según las edades y el género en las seis dimensiones desarrolladas entre los 25 a 74 años. Lo que notaron los investigadores fue que no había variaciones significativas de bienestar psicológico según el género. De manera particular, la autonomía y el control ambiental tendía a incrementarse a lo largo de los años, mientras que el propósito en la vida y el crecimiento personal decrecían de forma significativa desde la juventud hasta la adultez.

A nivel educacional y socio-económico, se evidenció primeramente que a mayor nivel alcanzado en los estudios, mayor era la presencia de sentido de la vida y crecimiento personal en ambos sexos.

2.2.3.2 Estudios sobre bienestar psicológico y su relación con variables positivas y negativas

2.2.3.2.1 Estudios en adultos.

Ryff (1991) estudió en un grupo de gerontes la relación entre bienestar psicológico y dos creencias centrales, a saber: qué tan grande las personas se sentían frente a cuán jóvenes les gustaría ser. Lo que halló fue que aquellos que tenían mejores niveles de bienestar psicológico respondieron que se sentían jóvenes y que no querían tener menos años de los que tenían. Ward (2010) reportó que en los gerontes con sentimientos de juventud había una fuerte presencia de bienestar psicológico.

Otro aporte de Ryff y Singer (2004) dentro de la gerontología fue el estudio del bienestar psicológico y su relación con diversos biomarcadores, encontrándose que altos niveles de crecimiento personal y presencia de sentido de la vida se asociaban a una mejor regulación del sistema inmunológico, mejor funcionamiento cardiovascular y respiratorio, buenos niveles de colesterol y mejores hábitos de sueño, en comparación con aquellos gerontes que tenían más bajos niveles de presencia de sentido de la vida, en quienes se invertían los valores en las variables mencionadas.

Otro estudio hecho por Steptoe et al. (2012) permitió establecer que el bienestar psicológico estaba asociado con una reducción de los factores de riesgo, así como de las enfermedades físicas y mentales propias de la senectud. Lo que hallaron es que aquellos gerontes que tenían mejores niveles de bienestar psicológico presentaban mejores síntomas

médicos y menores síntomas depresivos, a diferencia de aquellos que tenían menores niveles de bienestar psicológico, que poseían contrariamente mayores síntomas depresivos y un peor funcionamiento médico.

De hecho, Carr y Friedman (2005; citado en Ryff, 2014) hallaron correlaciones positivas entre bienestar psicológico y síntomas físicos y de salud mental. Con respecto al peso y consciencia del propio cuerpo, existen estudios que reportan que las personas con sobrepeso y obesas cuentan con menores niveles de bienestar psicológico, a diferencia de las personas con un peso normal, especialmente en mujeres. Además, las personas con sobrepeso tienen menores valores de aceptación de sí mismas y mayores niveles de discriminación.

Siguiendo con el funcionamiento físico, existe evidencia de que el bienestar psicológico se relaciona positivamente con sistemas fisiológicos, tales como menores niveles de estrés, menor riesgo cardiovascular en todos los rangos etáricos y presencia de hábitos deportivos de forma frecuente (Hassmén, Koivula & Uutela, 2000; citado en Ryff, 2014). La ausencia de sentido está vinculada a resultados negativos en el funcionamiento diario y a causas de mortalidad, además de ser un factor desencadenante de demencia por Alzheimer y de bajo funcionamiento cognitivo (Boyle et al., 2009; Boyle et al., 2010).

Por otro lado, la presencia de bienestar psicológico se correlacionó con altos niveles de relaciones positivas, vínculos empáticos con los demás a lo largo del tiempo (Grühn et al., 2008), presencia de inteligencia emocional y verbal (Lopes, Salovey & Straus, 2003). También se asoció el bienestar psicológico con mayor autonomía y presencia de relaciones armónicas y menos hostiles a largo plazo, en oposición a lo sucedido en personas con bajos niveles de bienestar psicológico (Kitayama et al., 2010).

En relación a la salud mental, el bienestar psicológico ha resultado ser un moderador de la psicopatología, ya que existe evidencia de que a mayor bienestar psicológico, mayor es el grado de *insight* en cuadros psicóticos (Valiente et al., 2011). En sujetos con esquizofrenia y bajos niveles de bienestar psicológico tiende a existir mayores niveles de síntomas negativos y depresivos a largo plazo (Strauss et al., 2012).

Por último, el bienestar psicológico también es un moderador de la severidad sintomática en cuadros depresivos (Davison, McCabe, Knight & Melor, 2012). Luego, la presencia de propósito de la vida es un factor protector del nivel de gravedad del estrés postraumático (Feder, et al., 2013). El bajo nivel de bienestar psicológico se asocia a mayores niveles de trastornos de estado del ánimo y ansiedad (Rafanelli et al., 2000).

2.2.3.2 Estudios en adolescentes.

Existe poca literatura sobre bienestar psicológico en población adolescente, dado que la mayoría de los estudios, según Lippman et al. (2014), se han focalizado en las emociones positivas, la satisfacción con la vida o en ciertas variables de riesgo tales como el consumo de drogas, criminalidad y síntomas psicopatológicos.

Con todo, es posible mencionar algunos antecedentes sobre la temática que conviene conocer. Contini de González et al. (2003) hallaron que los jóvenes que poseían bienestar psicológico contaban con estrategias de afrontamiento ante los problemas cotidianos. En tales sujetos el bienestar estaba asociado a factores protectores como la búsqueda de apoyo social, esforzarse por satisfacer las necesidades vitales emocionales y sociales, la orientación a propósitos de vida y mayor actividad física. También percibían más la aceptación de los demás, tenían altos niveles de autoestima y eran más proclives a participar de organizaciones sociales.

Los jóvenes que contaban con bajos niveles de bienestar psicológico contaban con estrategias de afrontamiento tales como consumir sustancias, altos niveles de ilusiones, refugio en la fantasía -evitando el contacto con el mundo exterior-, negación de participar de relaciones afectivas cálidas, duraderas y más cercanas. También tenían bajos niveles de regulación emocional ante los problemas cotidianos, mayor aislamiento social, mayores síntomas ansiosos, mayores huidas de la casa o del colegio de forma temporal, mayores síntomas psicosomáticos y una imagen del mundo amenazante y poco segura.

En relación al funcionamiento cotidiano, se destaca un trabajo de Chavez Uribe (2006) en el que se probó que el buen rendimiento académico de estudiantes universitarios (17 y 18 años) correlacionaba positivamente con el bienestar psicológico. Por su parte, Velásquez et al. (2008) analizaron la relación entre bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios de las Facultades de Medicina, Derecho y Educación, Matemáticas Ingeniería y Administración de empresas, hallando una correlación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas.

Oliver (2000) arribó a los mismos resultados que las investigaciones anteriores, pero adicionando que los estudiantes que tenían mayores niveles de bienestar psicológico se caracterizaban por un mejor rendimiento académico, menos burnout, mayor autoeficacia, satisfacción y felicidad asociada con el estudio. Más allá de tales resultados, trabajos de Rovella y Sans (2005) no encontraron correlación significativa entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico.

Vale destacar que Casullo y Castro Solano (2000) encontraron una asociación positiva entre el bienestar psicológico y el sentirse satisfechos con la vida en general y en cada una de las áreas vitales -estudios, familia, amigos, compañeros, salud física, psicológica y nivel de

vida-. Por otro lado, no observaron diferencias significativas en la percepción del bienestar psicológico entre los sexos, las grupos de edades y los contextos de cada uno de ellos.

Otro trabajo de Castro Solano y Casullo (2001) sobre una muestra de adolescentes argentinos indicó que un nivel de bienestar psicológico bajo se asociaba con un menor control de las situaciones cotidianas, menor aceptación de sí mismos, mayor ausencia de proyectos y dificultad para establecer vínculos interpersonales, a comparación del grupo control, siendo las dimensiones de proyecto de vida y sensación de control las que mayor nivel discriminante en ambos grupos.

Por otra parte, Brassai, Piko y Steger (2011) coinciden con Casullo y Castro Solano (2000) al indagar en la relación existente entre el bienestar psicológico y los síntomas psicopatológicos en población argentina adolescente. Aquellos adolescentes que tenían menores puntuaciones de bienestar psicológico presentaron mayor severidad sintomática, malestar psicológico, mayor desilusión de sí mismos, mayor preocupación de sí mismos y preocupación por sus cualidades personales, con deseos de ser diferentes a como eran. Tales datos discrepaban por oposición con los de aquellos que tenían altos niveles de bienestar psicológico, en quienes coexistía una menor presencia de síntomas psicopatológicos.

3. Debates en torno al constructo de bienestar dentro de la Psicología Positiva

Dentro de la PP el bienestar ha generado importantes discusiones a nivel conceptual, operacional y metodológico (La Placa, McNaught & Knight, 2013), sobre todo por la dificultad de conciliar las perspectivas eudamónica y hedónica (Grinde, 2012; Waterman, 1992, 1993; Hone et al., 2014).

Para dirimir la controversia, algunos autores desarrollaron una vía alternativa a través del concepto de florecimiento (Henderson & Knight, 2012; Waterman, 2008; Huppert & So, 2009;

Hone et al., 2014; Keyes, 2013,2014), el cual se caracteriza por la integración de ambas corrientes, facilitando investigaciones actualizadas y abandonando las dicotomías teóricas.

Uno de los defensores de esta sinergia de enfoques en el estudio del bienestar ha sido Waterman (2008), quien plantea la necesidad de superar los viejos disensos por dos motivos. Por un lado, sería poco útil soslayar los aportes de las teorías psicológicas hedónicas porque han obtenido mayor consenso teórico, a diferencia de lo que ocurre con las posturas eudamónicas. Por el otro, no pueden omitirse los aportes de las posturas eudamónicas, dado que en ellas se prioriza el desarrollo de las potencialidades de cada persona, como así también el vivir en relación a los valores humanos.

Pasar por alto la postura eudamónica implicaría hacer mucho hincapié en las emociones pasajeras y momentáneas, por lo que es menester la inclusión de las nociones de felicidad y vida virtuosa que propone la filosofía aristotélica dentro de las bases teóricas y mediciones empíricas de la PP. Además, la visión eudamónica ha indagado, a diferencia del hedonismo, el funcionamiento satisfactorio dentro del contexto, mas allá de la presencia o no de las emociones positivas (Waterman, 2008; Keyes & Annas, 2008).

Ryan y Huta (2009) agregan que hay que continuar promoviendo la rigurosidad científica del bienestar en dirección a una integración de las perspectivas. Esto no significaría dejar de lado las discusiones teóricas sobre el constructo, aunque los esfuerzos de la comunidad científica deberían colocarse en lograr la integración más que en la polémica sobre cuál perspectiva es mejor, sobre todo si se repara en que se sabe poco sobre cómo construir un concepto que refleje un óptimo nivel de bienestar.

Delle Fave y Bassi (2009) y Huppert y So (2014) argumentan sobre la necesidad de reunir las perspectivas hedónica y eudamónica en el estudio del bienestar debido a que una persona

puede estar funcionando correctamente y de forma saludable pero manifestar emociones negativas en su vida, dándole prioridad a las metas a futuro, en detrimento de las emociones indeseables del presente.

En otras palabras, existen evidencias a favor de que tanto el bienestar hedónico como el eudamónico pueden coexistir en las actividades que realizan las personas en su vida diaria; además de que ambas perspectivas presentan un nivel de correlación positivo (Waterman, 1993; Waterman, Schwartz & Conti, 2008; Vitterso & Soholt, 2011; Delle Fave et al., 2011; Keyes, 2013).

Lo que diferencia a una de otra es que la perspectiva hedónica se focaliza en los momentos presentes, y al facilitar la emergencia de una sensación de relajación y felicidad, se tiende a perder la noción del tiempo y olvido de los problemas vitales. En contrapartida, el enfoque eudamónico se focaliza en la consecución de las metas individuales, permitiéndole trascender las emociones negativas que pudieran gestarse en el presente (Waterman, 1993).

Vale reparar ahora en el trabajo de Delle Fave et al. (2011), cuyos resultados son consistentes con la integración de ambas perspectivas como parte de un mismo constructo del bienestar. El estudio se propuso evaluar si las posturas hedónica-eudamónica se correspondían con lo referido por los sujetos con respecto a cómo ellos concebían su propio bienestar.

Participaron personas de entre 30 y 51 años de diferentes ciudades del mundo, quienes tenían que definir su bienestar con arreglo a dos grandes dimensiones: interna y externa. La primera se relacionaba con diversas variables psicológicas, en tanto que la segunda con situaciones contextuales vividas, como un casamiento o tener hijos, para poner solo algunos ejemplos representativos.

Los resultados de Delle Fave et al. (2011) indican que la felicidad fue definida principalmente en términos de relaciones interpersonales y nivel de intimidad de las mismas, hallazgos que ciertamente son compartidos por otras ramas de la PP que subrayan el rol del bienestar social, (Ryff & Keyes, 1995; Keyes, 2007).

En la dimensión interna se dieron con mayor presencia las respuestas que hacían alusión a componentes eudamónicos, tales como paz interior, aceptación de sí mismo, presencia de sentido, compromiso y optimismo. En segundo lugar emergieron los componentes hedónicos, tales como satisfacción con la vida y las emociones positivas.

Delle Fave et al. (2011) concluyeron, en primer lugar, que si bien pueden estudiarse de forma conjunta ambas perspectivas, puede ocurrir que haya bienestar eudamónico sin la presencia del bienestar hedónico. En segundo lugar, los niveles de bienestar están más determinados por variables contextuales y sociales, que por la presencia de sentido o la satisfacción con la vida. Por eso, para futuras investigaciones los autores recomiendan profundizar el estudio de las relaciones sociales de las personas.

Por todo lo dicho, entonces, Henderson y Knight (2012) convienen en tres afirmaciones de gran relevancia para los estudios sobre bienestar dentro del campo de la PP. Primero, que es posible utilizar términos filosóficos, ya que cuentan con apoyo empírico sólido. Segundo, que en muchas circunstancias las personas pueden experimentar bienestar hedónico o eudamónico, dependiendo del tipo de actividad que esté llevando a cabo. Tercero, la noción de bienestar tiene que incluir los aportes simultáneos de la perspectiva hedónica y eudamónica.

4. Florecimiento

Segun Hone et al. (2014) el florecimiento se define por la presencia de altos niveles de bienestar y salud mental, como así también por integrar las corrientes hedónicas -bienestar subjetivo- y eudamónicas -bienestar psicológico- dentro de la PP, de lo que ya se ha hecho una primera explicación en el apartado anterior.

Tabla 1
Modelos de Florecimiento

Keyes (2002, 2013)	Huppert y So (2009)	Diener et al. (2009)	Seligman (2012)
Relaciones positivas	Relaciones positivas	Relaciones positivas	Relaciones positivas
Afecto positivo (interés)	Compromiso	Compromiso	Compromiso
Propósito de vida	Sentido	Propósito y sentido	Propósito/Sentido
Aceptación de sí-mismo	Autoestima	Aceptación de si-mismo /autoestima	-----
-----	Competencia	Competencia	Logro/Competencia
	Optimismo	Optimismo	
Contribución social	-----	Contribución social	-----
Integración social	-----	-----	-----
Crecimiento social	-----	-----	-----
Aceptación social	-----	-----	-----
Coherencia social	-----	-----	-----
Control del ambiente	-----	-----	-----
Crecimiento personal	-----	-----	-----
Autonomía	-----	-----	-----
Satisfacción con la vida	-----	-----	-----
-----	Estabilidad emocional	-----	-----
-----	Vitalidad	-----	-----
-----	Resiliencia	-----	-----

Fuente: Elaboración propia

La medición del florecimiento en diferentes regiones geográficas es una temática de suma relevancia y de orden prioritario en las políticas de Estado de diversas naciones, siendo deficitarios los trabajos en países latinoamericanos (OMS, 2011; OECD, 2013; Keyes, 2015, Castro Solano, 2014; Dunn & Dougherty, 2008) y más aún en población adolescente (Norrish & Vella-Brodrick, 2009; Lippman et al., 2014; Proctor, Linley & Malthby, 2009; Alfaro & Casas, 2015).

Hone et al. (2014) refieren que los estudios hechos sobre este constructo poseen dos objetivos centrales: en primer lugar, saber cuál es la epidemiología del florecimiento y, en segundo lugar, asociarlo a diferentes variables positivas -factores protectores- o negativas -factores de riesgo-. Asimismo, declaran que existen diferencias entre los principales investigadores acerca de las dimensiones que componen dicho constructo, por lo que los resultados tienden a ser contrapuesto.

Los investigadores que conceptualizaron y operacionalizaron el florecimiento son Huppert y So (2009), Keyes (2002), Seligman (2012) y Diener et al. (2010), siendo Keyes (2002) el primero que utilizó el término florecimiento y el que reportó mayor cantidad de trabajos en diferentes regiones del mundo, a excepción de Latinoamérica (Hone et al., 2014).

Según todos los autores que han investigado el florecimiento se asocia con un buen funcionamiento psicosocial de las personas (Diener et al., 2010). En ausencia de dicha variable existen riesgos tanto a nivel individual como social (Keyes, 2013). Por otro lado, también se relaciona con marcadores objetivos del funcionamiento cotidiano de una sociedad tales como niveles de PBI, alfabetismo, expectativa y calidad de vida (Weijers & Jarden, 2013).

En el modelo de Keyes (2002) la prevalencia del florecimiento fue del 39%. En el modelo de Huppert y So(2009)fue del 27 % . En el modelo de Diener et al. (2010)fue del 41 % . En el modelo de Seligman (2012) fue del 47%. Hone et al. (2014) concluyeron que los valores de florecimientotienden a ser bajos en todos los modelos mas allá de que el constructo tengan dimensiones distintas. A continuación se explicarán las cuatro perspectivas, haciendo especial hincapié en los conceptos centrales del modelo del factor dual de Keyes (2002).

4.1 Modelo de Diener

El modelo del florecimiento deDiener et al. (2009) está compuesto por dos dimensiones. La primera se denomina prosperidadsocial, y está conformada por el soporte social, la confianza en la sociedad y la tolerancia. La segunda se llama prosperidad psicológica y está integrada por la sensación de competencia y crecimiento, la evaluación positiva de la vida, la satisfacción con la vida, el compromiso positivo y bajos niveles de emociones negativas crónicas.

Dentro de la prosperidad social, el apoyo social se caracteriza por el nivel de participación e intimidad que tienen las personas dentro de sus respectivos grupos sociales y por el nivel de ayuda que las personas le dan a los demás, teniendo esta última variable beneficios significativos para la salud mental (Brown et al., 2003). El apoyo social se correlaciona positivamente con mayor longevidad (Dillard, Schiavone& Brown, 2008), menores niveles de estrés (Coan, Schaefer& Davison, 2006) y mayores niveles de felicidad (Diener & Seligman, 2002).

La confianza pública se relaciona con el nivel de confianza que tienen las personas en los demás. Dicha variable correlaciona positivamente con la satisfacción con la vida (Diener y Diener, 2011) y con altos niveles de felicidad (Bjornskov, 2008).

En cuanto a la tolerancia, esta se proyecta en el respeto recíproco que tienen los miembros de una sociedad, e incluye los medios pacíficos para negociar los desacuerdos que surgen como consecuencia de la diversidad cultural, la edad, el género, etnia, religión, partidos políticos y ocupación, entre otros. En contrapartida, la falta de tolerancia -muchas veces expresada en el prejuicio y la discriminación- se correlaciona con bajos niveles de salud mental y física (Okazaki, 2009; Mays, Cochran, & Barnes, 2007; Williams & Mohammed, 2009).

En lo que concierne a la dimensión prosperidad psicológica, la sensación de competencia y crecimiento es una variable que se vincula con los nuevos aprendizajes, mejorar las habilidades personales de forma permanente y ser reforzado por ello sin estar coercionado por la sociedad, y sentirse efectivo en las tareas realizadas.

La evaluación positiva de la vida hace referencia a los juicios que tienen las personas sobre diversas áreas de su vida presente -salud, logros personales, relaciones sociales y recreación, por mencionar algunas-, y a la vida que desean tener a futuro según los valores personales e ideales propios. Diener y Diener (2011) vinculan esta variable con la satisfacción con la vida, que fue desarrollada en modelos anteriores del bienestar subjetivo (Diener, 1984).

El compromiso positivo se caracteriza por la presencia de placer y disfrute en las actividades que se realizan de forma cotidiana. Esta variable se asocia con mayor creatividad, persistencia, mayor producción laboral, mejor funcionamiento del sistema inmunológico, mejor funcionamiento cardíaco, aumento de la longevidad y niveles óptimos de salud mental (Diener & Diener, 2011).

La última variable por explicar dentro de la prosperidad psicológica es la cronicidad de las emociones negativas, que tienden a emerger cuando la persona percibe que algo negativo está ocurriendo en su vida y que le parece indeseable. Diener y Diener (2011) sostienen que en algunas ocasiones las emociones negativas son funcionales para tener un mejor ajuste a los problemas vitales.

No obstante, la gravedad de las emociones negativas tiene que ver con la cronicidad de las mismas, ya que presentan numerosos resultados perjudiciales como altos niveles de depresión, mayor riesgo de contraer enfermedades médicas, aumento de los niveles de hostilidad, mayor consumo de tabaco, altos niveles de stress, menores niveles de regulación emocional y mayor presencia de obesidad (Diener & Diener, 2011).

La prosperidad psicológica y social tiene beneficios tanto para el individuo como para la sociedad, ya que aquellas personas que se sienten capaces y tienen emociones positivas y no están crónicamente con bajos niveles de ánimo tienen mejores relaciones sociales, mejores niveles de productividad laboral y tienden a ser más longevos (Diener & Diener, 2011).

Diener y Diener (2011) asociaron su modelo de florecimiento con el de bienestar psicológico de Ryff (1991), hallando que existía una correlación positiva entre el florecimiento y la presencia de sensación de competencia personal, relaciones positivas, autonomía, sensación de control del ambiente, crecimiento personal, presencia de sentido y aceptación de sí mismo.

En resumen, las sociedades que no cuentan con prosperidad social y psicológica tienen mayores riesgos de tener altos índices delictivos, criminalidad, corrupción, altos niveles de ira, falta de sentido, menores niveles de salud mental, presencia de síntomas depresivos y ansiosos en aquellas personas que sienten que la sociedad no los ayuda a poder cumplir con

su metas personales, a diferencia de aquellas que tienen niveles aceptables de florecimiento, que cuentan con resultados positivos en todas las áreas vitales (Diener & Diener, 2011).

4.1.1 Estudios de prevalencia según el modelo de Diener.

Existen evidencias sobre la epidemiología del florecimiento en muestras poco numerosas de estudiantes universitarios. En algunos Estados de EEUU se hallaron los siguientes resultados: en Carolina del Este ascendió al 48,1 %; en Virginia fue del 43,2 %; en Illinois alcanzó el 45,6 %; en California fue del 43,8 %; y en Nueva Jersey llegó al 46,6 % (Diener & Diener, 2011).

4.1.2 Estudios sobre la relación entre el florecimiento-modelo de Diener- y variables positivas y negativas

4.1.2.1 Estudios en adultos.

Con respecto a los trabajos en lo que se usó el modelo de florecimiento de Diener et al. (2010) se menciona primeramente el estudio de Totan (2014), autor que se abocó a una muestra de estudiantes universitarios en donde relacionó los niveles de ánimo, las estrategias de regulación emocional, el florecimiento y la auto-estima. Si bien la variable dependiente eran las estrategias de regulación emocional, la varianza del flourishing tuvo una influencia significativa en los niveles de autoestima y regulación emocional.

Yngve y Edwall (2015) realizaron otro trabajo en Suecia con población universitaria en el que se propusieron examinar la relación entre las tres orientaciones del bienestar -vía placentera, la vía del compromiso y la vía del sentido- como predictores de emociones positivas y negativas y del florecimiento según el modelo de Diener et al. (2009). Concluyeron que las orientaciones de compromiso y sentido fueron sólidos predictores de

florecimiento, a diferencia de la vía placentera, que no permitió predecir la presencia de florecimiento.

Lyons, Heywood y Rozbroj (2016) realizaron un estudio longitudinal trimestral con una muestra de personas gays que tenían HIV, encontrando que aquellos con presencia de florecimiento contaban con mayor percepción de apoyo, pertenencia social, sensación de vínculos cercanos, establecimiento de amistades duraderas y menor percepción de estigma social con respecto a la enfermedad. Por el contrario, aquellas personas con bajos niveles de florecimiento correlacionaron con baja percepción de pertenencia social, mayor interpretación de estigma social por la enfermedad, baja percepción de logros personales y ausencia de vínculos sociales duraderos.

4.1.2.2 Estudios en adolescentes.

Datu (2016) halló que el florecimiento era un predictor a largo plazo de calificaciones positivas, compromiso académico, alta satisfacción con la vida y emociones positivas. De modo contrario, aquellos que tenían bajos niveles de florecimiento a largo plazo contaban con calificaciones negativas, bajo compromiso académico, baja satisfacción con la vida y presencia de emociones negativas.

4.2 Modelo de Huppert y So

En su modelo de florecimiento Huppert & So (2013) integran las perspectivas hedónica y eudamónica del bienestar, sosteniendo que el bienestar óptimo se caracteriza por tener emociones positivas. Según ese modelo, funcionar adecuadamente dentro de la sociedad implica para una persona tener una sensación de compromiso en las actividades y competencia en las mismas, ser resiliente ante las adversidades, tener relaciones positivas con los demás, sensación de pertenencia, estabilidad emocional y optimismo.

También Huppert y So (2013) siguen el modelo del factor dual (Keyes, 2003) al concebir la salud mental dentro de un continuo que va de menor severidad a mayor severidad sintomática. En la primera categoría se encontrarían los diagnósticos tipificados según el Manual diagnóstico y estadístico de la salud mental (APA, 2013).

En el segundo nivel de severidad se encuentra el languidecimiento, categoría que se caracteriza por una sensación de vacío y de estancamiento vital. En el tercer nivel se encuentran las sujetos que tienen salud mental moderada -los sujetos no tienen todos los criterios del florecimiento y tampoco tienen las sensaciones de los “languishers”-. Finalmente, en el nivel óptimo se encuentran los sujetos que cumplen con los diez criterios de florecimiento.

4.2.1 Estudios de prevalencia según el modelo de Huppert y So.

Para validar su modelo y operacionalizarlo, Huppert y So (2013) conformaron una ingente muestra de europeos adultos de más de 23 países, obteniendo resultados sólidos y consistentes. A nivel descriptivo se halló que los niveles de florecimiento fueron bajos en diversos países desarrollados como Dinamarca (40,6%), Suiza (30,2%), Austria (27,6%), Eslovaquia (9,9%), Rusia Federal (9,4%) y Portugal (9,3%).

4.2.2 Estudios sobre la relación entre el florecimiento modelo de Huppert y So: relación con variables positivas y negativas

4.2.2.1 Estudios en adultos.

Huppert (2009), Beddington et al. (2008), Huppert y Cooper (2014) sostienen que la presencia de florecimiento es un importante mediador de las emociones positivas, los

síntomas de ansiedad y depresión, buen funcionamiento inmunológico, consumo de drogas, sexo sin cuidarse, consumo de alcohol, problemas de conducta y estrés.

Otros autores como Honeet al.(2015) a partir del uso del mencionado modelo hallaron que trabajadores adultos que tenían altos niveles de florecimiento contaban con mejores niveles de rendimiento laboral, seguridad económica, salud física, autonomía, conciencia de sus propios recursos, balance vital, satisfacción con el trabajo, participación de forma continua en las cinco vías del florecimiento -emoción positiva, compromiso, sentido, logro y relaciones positivas (Seligman, 2012)- conductas solidarias hacia los compañeros y sentirse valorados por el entorno, a diferencia de aquellos que contaban con menores resultados en todas las variables asociadas.

Por último, conviene aclarar que hasta el momento no se han encontrado estudios sobre la relación entre el florecimiento de acuerdo al modelo de Huppert y So (2013) y variables positivas y negativas en población adolescente.

4.3 Modelos de Bienestar de Seligman

Seligman(2001; 2012) desarrolló dos modelos del bienestar: el modelo de la auténtica felicidad y el modelo PERMA.

4.3.1 Modelo de la auténtica felicidad.

El modelo de la auténtica felicidad presenta tres componentes: la vía placentera, la vía del compromiso y la vía del sentido. La vía placentera tiene relación con los planteos de la perspectiva hedónica, ya que se caracteriza por la presencia de emociones positivas en relación al pasado, presente y futuro. Seligman (1991,2002) destaca que vía placentera se

relaciona con menores síntomas depresivos y ansiosos, mejor funcionamiento físico, mayor conducta prosocial y mayores niveles de resiliencia.

La vía del compromiso tiene relación con actividades que generan placer, donde la persona tiene una sensación de que el tiempo pasa muy rápido (Seligman, 1991). También se caracteriza por responsabilidad y absorción en tareas de diversa índole, tales como el trabajo, las relaciones íntimas o de naturaleza placentera, en donde la persona está inmersa con toda su atención. Dicho constructo se vincula con el de flow (Csikszentmihalyi, 1990).

Respecto a esto último, Seligman(2001) considera que para que se pueda generar el flow tiene que haber conciencia por parte de la persona de sus propias habilidades y talentos. Las organizaciones donde estos se desempeñan deben facilitar las oportunidades para que los individuos puedan desarrollar sus potencialidades.

La vía del sentido tiene como finalidad usar los propios recursos en actividades que sean trascendentes y al servicio de los demás, tales como actividades religiosas, políticas, familiares, comunitarias, entre otras. Cuando está presente en una persona esta vía se relaciona con la sensación de satisfacción personal (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). En su defecto, la ausencia de sentido puede ser una causa de síntomas depresivos(Seligman, Rashid & Parks, 2006).

4.3.1.1 Estudios sobre el modelo de la auténtica felicidad: relación con variables positivas y negativas

4.3.1.1.1 Estudios en adultos.

Seligman (2002) destaca que las tres dimensiones del modelo se relacionan positivamente con el optimismo y ayudan a contrarrestar emociones tales como la ansiedad y la

tristeza. Además, las personas que cuentan con una auténtica felicidad tienen menores tasas de deserción académica y laboral, intentos de suicidio, enfermedades físicas y accidentes.

Kim y Lim (2012) reportaron que las emociones positivas, el sentido y el compromiso predecían la presencia de optimismo y de bienestar psicológico en población universitaria oriental.

Por su parte, Kumano (2012) realizó un estudio comparando estudiantes universitarios orientales y estadounidenses con el objetivo de relacionar el modelo de la auténtica felicidad con la variable satisfacción con la vida. Concluyó que las vías del placer, sentido y compromiso correlacionaban positivamente con la satisfacción con la vida en los adultos norteamericanos frente a los japoneses, en quienes solo las vías de sentido y compromiso correlacionó positivamente con la presencia de satisfacción con la vida.

Proyer, Annen, Eggimann, Schneider y Ruch (2012) llegaron a resultados similares pero con una muestra de adultos militares suizos, ya que encontraron que había una relación positiva entre las tres vías del bienestar mencionadas y la satisfacción con la vida. Los resultados también arrojaron que a mayor presencia de las tres vías, mayor satisfacción laboral había y mayor era el éxito en el rendimiento en sus funciones.

Arequipeño-Vásquez y Lastra-Santos (2014) también estudiaron cómo las vías de la felicidad se relacionaban con variables positivas y negativas en estudiantes universitarios. Lo que hallaron es que aquellos que contaban con altos niveles de emociones positivas, sentido y compromiso tenían menor intensidad de síntomas ansiosos y mayor optimismo, en tanto que aquellos adultos que tenían bajos niveles en las tres vías experimentaban menos optimismo y mayores síntomas ansiosos.

Anic y Tončić (2013) arribaron a resultados similares en estudiantes universitarios: las personas que contaban con los tres dimensiones de la felicidad tenían igualmente valores intrínsecos y mejores niveles de regulación emocional. En oposición a lo dicho, aquellos sujetos que tenían bajos resultados en las tres vías registraban los peores resultados en su regulación emocional y tendencia a la elección de valores extrínsecos y presencia de un bajo sentido en sus vidas.

Seligman, Rashid y Parks (2006) sometieron a prueba el modelo de la auténtica felicidad en población universitaria con diversos diagnósticos psiquiátricos o depresión y otro grupo sin trastornos depresivos ni psiquiátricos. Se encontró que aquellos que tenían bajos niveles en las tres vías del bienestar cumplían con altos niveles de depresión, en comparación de la muestra no psiquiátrica, cuyos individuos tenían altos niveles en las tres vías y bajos niveles de depresión.

Peterson, Parky Seligman (2005) hallaron que las tres vías correlacionaban y predecían de forma significativa la satisfacción con la vida en población adulta. En cambio, quienes no tenían buenas puntuaciones en las tres vías experimentaban vacío existencial y baja satisfacción con la vida.

Castro Solano (2011) también estudió el modelo de la auténtica felicidad en población adulta argentina de un promedio de edad de 36 años, encontrando que la vía de la vida comprometida fue la más presente en sus elecciones, siendo la vía del significado la menos elegida. Otro dato significativo fue las personas que habían obtenido puntuaciones altas en las tres vías tenían mayores niveles de satisfacción con la vida.

En esta línea, San Martín, Perles y Canto (2010) implementaron el modelo en población española universitaria, demostrando que a mayor presencia de las tres vías, mayor era la

satisfacción vital. Por otro lado, los investigadores hallaron que la orientación que se asociaba más a la felicidad era la ligada al placer. A su vez, la vía del compromiso estaba más asociada a la satisfacción vital

Finalmente, un trabajo de Gorsy y Panwar(2016) sobre una muestra femenina demostró que quienes contaban con las tres vías de la auténtica felicidad tendían más fuertemente al optimismo en su vida cotidiana y en los trabajos remunerados que realizaban. Con respecto a las mujeres adultas que tenían bajos niveles en las tres vías estas eran proclives al pesimismo y puntuaron menor satisfacción con sus tareas laborales cotidianas.

4.3.1.1.2 Estudios en adolescentes.

Al examinar el modelo de la auténtica felicidad en población adolescente argentina Gongora (2014) encontró que aquellos jóvenes con altos niveles en las tres vías contaban con mayor satisfacción con la vida, presencia de significado en sus vidas, así como mayores niveles de depresión e insatisfacción corporal.

Dos estudios de Gongora y Castro Solano (2014; 2015) efectuados también en Argentina indican que la muestra adolescente examinada utilizaba más la vía placentera, maximizando las emociones positivas ligadas al placer para lograr su felicidad y bienestar. Este dato discrepa de lo encontrado en población adulta, en la que el bienestar estaba más ligado a componentes eudamónicos, tales como el compromiso y el significado.

En otro trabajo los autores anteriormente citados (Gongora y Castro Solano, 2015) refieren que aquellos jóvenes con mayores niveles de felicidad tenían una relación positiva con numerosas áreas vitales tales como el nivel de vida, salud, logros, relaciones personales, seguridad, participación en la comunidad, seguridad futura y espiritualidad.

También Hirschi (2011) exploró el desarrollo vocacional con las tres vías de la felicidad. Concluyó la autora que aquellos jóvenes con mayor presencia de compromiso y sentido tendían a tener mejor desarrollo vocacional, en comparación con aquellos que tenían niveles más altos en la vía placer atendían a tener peores niveles en su desarrollo vocacional.

4.3.2 Modelo del PERMA

El segundo modelo de bienestar se denomina PERMA (Seligman, 2012), y está compuesto por cinco dimensiones: la emoción positiva, el compromiso, el sentido, el logro y las relaciones positivas. Las tres primeras variables son las mismas que aparecen en el modelo de la auténtica felicidad. Las dos dimensiones que se agregan se describen a continuación.

El logro se refiere al establecimiento de metas y a la consecución de las mismas de acuerdo a los valores del individuo. Las relaciones positivas se caracterizan por tener vínculos estables, cercanos, que brinden protección, empatía y reconocimiento en ámbitos tales como la familia, la comunidad, el trabajo u organizaciones donde se desenvuelve la persona.

Seligman (2012) sostiene que en su primera teoría el tópico principal era la felicidad y la medición de la misma se procuraba mediante la satisfacción con la vida, teniendo como meta principal el aumento de dicha variable. En cambio, el modelo del PERMA tiene como tópico principal el bienestar, y la medición del concepto se hace a partir de las cinco variables mencionadas, siendo la meta el aumento del florecimiento y no solo la satisfacción con la vida. Al proponer el modelo PERMA Seligman (2012) destaca tres deficiencias de la teoría de la auténtica felicidad.

En primer lugar es que en ella se le confiere mucho valor a la felicidad como sinónimo de las emociones positivas -primera variable de dicha teoría-, siendo el compromiso y el

significado variables complementarias. En segundo lugar, el cuestionado modelo otorga más importancia a la satisfacción con la vida y a los niveles de ánimo actuales como parámetros para medir el bienestar. En tercer lugar la teoría de la felicidad no se adecua a los elementos que las personas identifican con el bienestar.

4.3.2.1 Estudios sobre el PERMA: relación con variables positivas y negativas

4.3.2.1.1 Estudios en adultos.

Sepulveda(2013) realizó un estudio con el modelo del PERMA en población chilena cuya edad oscilaba entre 18 y 80 años, hallando que solo el 6 % de la muestra cumplía criterios de florecimiento. Con respecto a las dimensiones del modelo, el 71% de los participantes ubicaba a las relaciones positivas como dador de bienestar; el 53 % a las emociones positivas; el 50 % tenía actividades de flow o compromiso con alguna tarea y el 31% refería que su vida tenía sentido. También Sepulveda (2013) dió cuenta en su trabajo que las personas que con compromiso manifestaban, relaciones positivas y logro, a diferencia de aquellos que tenían más presencia de sentido, que tendían a estar menos satisfechos con sus vidas.

Otro estudio fue el de Lovett y Lovett (2016), quienes hallaron que aquellas personas que reportaron presencia de las cinco dimensiones del modelo PERMA tenían bajos niveles de afecto negativo, conductas saludables, presencia de indicadores de salud física y bajos valores de soledad. Por el contrario, aquellos adultos que mostraban bajos valores de PERMA tenían una correlación positiva con altos niveles de soledad, menores niveles de conductas saludables y mayores niveles de afecto negativo.

Por su parte, Asebedo y Seay (2014) encontraron en población geronte que aquellos que poseían emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, propósito y sentido en sus vidas tenían mayores niveles de satisfacción con sus actividades cotidianas luego de su retiro

laboral, a diferencia de los que registraban menores niveles de PERMA, quienes declaraban tener menor satisfacción en sus actividades cotidianas luego de jubilarse.

D’raven y Pasha-Zaidi (2016) indagaron el florecimiento en una población universitaria de los Emiratos Árabes siguiendo un enfoque cualitativo. Los resultados arrojaron que las descripciones que tales estudiantes hicieron sobre el bienestar se alineaban de forma consistente con las cinco dimensiones del PERMA.

Tansey et al. (2017) aplicaron el modelo PERMA en población de estudiantes universitarios con discapacidad mental, sensorial o de aprendizaje, el cual arrojó que los indicadores del modelo correlacionaban positivamente con relaciones interpersonales en el ámbito académico, manejo del estrés, satisfacción con la vida, percepción de eficacia personal, autoestima, locus de control y bajo deterioro funcional en la vida cotidiana.

4.3.2.1.2 Estudios en adolescentes.

Soleimani, Rezaei y Kianersi (2015) adoptaron el modelo del PERMA con el objetivo de describir los niveles de florecimiento en estudiantes iraníes en función de variables demográficas. La prevalencia del florecimiento fue del 65%, el 30 % tenía niveles medios de PERMA y el 5% bajos niveles de dicho constructo. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en torno a dicha variable.

Tampoco se reportaron correlaciones significativas entre florecimiento y educación paterna, educación materna, ocupación parental, ocupación maternal, nivel educativo de los padres y residencia. En cambio, se halló una fuerte correlación entre los niveles más altos de F y los más altos niveles educativos alcanzados por los jóvenes evaluados.

Kern et al. (2015) hicieron un estudio correlacional y de diseño transversal en adolescentes de sexo masculino, refiriendo que hasta ese momento no habían identificado investigaciones en población adolescente desde el modelo PERMA. Hallaron diferencias significativas entre aquellos jóvenes que cumplían con los criterios del PERMA y quienes carecían de estos, teniendo los primeros niveles más altos de satisfacción con la vida, vitalidad física -sensación de fortaleza física-, actividad física, mayor compromiso con las tareas escolares, esperanza, espiritualidad, menores síntomas somáticos, mayor regulación emocional ante eventos estresantes, menores niveles de ansiedad y depresión.

Los autores recomendaron hacer estudios de diseño longitudinal para conocer cómo el florecimiento impacta en variables positivas y negativas a lo largo del tiempo. Además, sugirieron probar otros modelos de bienestar para seguir confirmado su validez y confiabilidad, extendiendo el universo de estudio hacia el sexo femenino y otras poblaciones diferentes a las escolares.

En verdad, si bien los estudios longitudinales son escasos, se sabe que los componentes del PERMA son un factor protector de la salud mental en la transición de la adolescencia a la adultez. O'Connor et al. (2016) encontraron que altas puntuaciones en el modelo PERMA en adolescentes se asociaban a largo plazo con mayor nivel de conductas saludables, progreso académico, realización de actividades solidarias, relaciones de pareja estable, menor nivel de conductas antisociales, menores niveles de síntomas depresivos y relaciones cercanas con amigos en la adultez.

Tales resultados discrepaban de manera significativa respecto de aquellos adolescentes con menores niveles de PERMA, quienes presentaban psicopatología -síntomas depresivos y conductas antisociales-, bajo compromiso con actividades solidarias, relaciones más hostiles

con los demás, bajos niveles de conductas saludables y peores niveles educativos en la vida adulta.

4.4 Modelo del factor dual de Keyes

Keyes (2005) asegura que no existen criterios para medir, diagnosticar y estudiar de modo satisfactorio la presencia de la salud mental, dado que tradicionalmente esta ha sido entendida desde un paradigma dicotómico y bipolar, como simple ausencia de psicopatología o ausencia de trastornos ya tipificados (Keyes, 2007).

Esta concepción sería sesgada porque numerosos estudios muestran que sujetos sin ninguna psicopatología tipificada y con bajos niveles de funcionamiento pueden tener un funcionamiento deficitario en sus relaciones intrapersonales e interpersonales, deterioro en la vida cotidiana y una alta demanda en los servicios en salud médica y mental (Keyes, 2002; 2006).

Alejándose de ese reduccionismo, el autor ha propuesto entender la salud mental no a través de la falta de síntomas psicopatológicos sino como un estado óptimo de bienestar denominado florecimiento. Se trata de una concepción integral de la salud mental que plasmó a nivel teórico a través del modelo del factor dual (Keyes, 2002).

Dicho modelo ofrece dos continuos. En uno de ellos se ubicaría el diagnóstico de la salud mental con tres dimensiones: la primera se denomina florecimiento y se caracteriza por la presencia de bienestar emocional, psicológico y social; la segunda se denomina languidecimiento, y se describe como la ausencia de bienestar subjetivo, psicológico y social. Por último, existe una categoría intermedia denominada salud mental moderada, propia de los sujetos que no cumplen ni con los criterios de florecimiento ni de languidecimiento. El otro

continuo se caracteriza por la presencia o ausencia de síntomas psicopatológicos según los criterios del DSM-IV (APA, 2013)

El nivel de salud mental óptima se corresponde, de acuerdo a lo ya dicho, con el estado de florecimiento, variables que comprende tres tipos de bienestar: emocional, psicológico y social. El bienestar emocional se compone, a su vez, de dos variables: las emociones positivas y la satisfacción con la vida. Las emociones positivas son un estado regular y duradero de alegría, calma e interés, acompañado de una sensación de plenitud. La satisfacción con la vida se caracteriza por la sensación de estar altamente conforme en todos los dominios de la vida personal (Keyes, 2007).

El bienestar psicológico contiene las siguientes variables: aceptación de sí mismo, el crecimiento personal, propósito de vida, control del ambiente, la autonomía y las relaciones positivas con los demás. Brevemente se describe a continuación cada una de ellas.

La aceptación de sí mismo se caracteriza por tener actitudes positivas hacia uno mismo y conocimiento de la propia personalidad. El crecimiento personal consiste en poder conocer el potencial de uno mismo y ponerlo a disposición de metas desafiantes, sintiendo una sensación de continuo desarrollo personal.

El propósito de vida consiste en encontrar una dirección y sentido en la vida. El control del ambiente se caracteriza por la posibilidad de seleccionar, conducir y moldear los contextos para satisfacer las necesidades personales.

La autonomía se define por la capacidad de un sujeto para guiarse por sus valores y estándares personales, siendo socialmente aceptado por los demás. Las relaciones positivas con los demás se caracterizan por la capacidad de generar vínculos cálidos, cercanos y de confianza hacia los otros (Keyes, 2007).

El bienestar social, por su parte, comprende las siguientes variables: la aceptación social, la actualización social, la contribución social, la coherencia social y la integración social. La aceptación social se describe como el tener actitudes positivas hacia los demás a pesar de las diferencias, pudiendo aceptar la diversidad dentro de la sociedad. La actualización social estriba en tener la creencia de que las personas, los grupos y la sociedad en general tienen potencial y que dichos grupos generan un crecimiento positivo.

La contribución social se basa en sentir que las actividades cotidianas son útiles y valoradas por la sociedad. La coherencia social es la percepción de que la sociedad funciona de forma organizada, teniendo interés por la vida social y la sensación de que se comprenden los sucesos cotidianos. La integración social se caracteriza por una sensación de mismidad, confort y soporte de la comunidad (Keyes, 2007).

El estadio opuesto al descrito es el del languidecimiento, que se identifica por la presencia o ausencia de alguna enfermedad mental tipificada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Salud Mental (Keyes & Lopez, 2002). En lo que respecta al diagnóstico y medición de la salud mental, se pueden dar las siguientes categorías: enfermedad mental con presencia de languidecimiento, solo languidecimiento sin enfermedad mental, moderada salud mental con o sin enfermedad mental, florecimiento con enfermedad mental y florecimiento sin enfermedad mental -completa presencia de salud mental y óptimo nivel de bienestar- (Keyes, 2002).

Tales categorías se ordenan según el grado de deterioro: desde el mayor nivel -enfermedad mental con presencia de languidecimiento- al menor nivel de deterioro funcional -F en ausencia de enfermedad mental-. Todas las categorías que están por debajo de esta última clasificación suponen un menoscabo de la salud mental, que debe tratarse para recomponer el bienestar de la persona (Keyes, 2013).

4.4.1 Estudios de prevalencia segun el modelo del factor dual

4.4.1.1 Datos de prevalencia en adultos.

En adultos de EE.UU. la prevalencia del florecimiento fue del 62% (Selvaraj & Bhat, 2018); en el Sur de Corea fue del 8 % (Yin, He & Fu, 2013); en Australia fue del 59 % (Winefield et al., 2016); en Malasia fue del 50,1 % (Momtaz et al., 2016); en Nueva Zelanda fue del 38,9 % (Schotanus-Dijkstra et al., 2016); en Canadá del 45,5 % (Van Slingerland, 2016); en tanto que en Argentina ascendió al 39,7 % (Gongora & Solano, 2017).

4.4.1.2 Datos de prevalencia en adolescentes.

En relación a la prevalencia del florecimiento en adolescentes, los valores discrepan bastante de una nación a otra. En una muestra de estadounidenses de entre los 12 y 14 años la incidencia del florecimiento fue del 48,8 %, disminuyendo al 39,9 % cuando el rango etario se incrementa -15 a 18 años- (Keyes, 2006b). En otro estudio Low (2011) reportó que la prevalencia era del 69,1 %, en tanto que Keyes et al. (2012) indicaron que la misma era del 51,8%. En mediciones ulteriores dentro de la mencionada población, Keyes et al. (2012) hallaron un 51,8 %.

En jóvenes sudafricanos de 17 a 20 años la prevalencia fue del 22 % (Van Zyl & Rothmann, Flourishing of Students in a Tertiary Education Institution in South Africa, 2012); 57,4 % en China (Guo, 2018); 41,4 % en australianos de 13 a 17 años (Skrzypiec, et al, 2016); 11,7 % en adolescentes surcoreanos de 14 a 17 años (Lim Y, 2013); 46,4 % en adolescentes indios de 13 a 18 años (Singh et al., 2015); 46 % en adolescentes portugueses de 12 a 14 años y del 42,7 % de 15 a 16 años (Matos et al., 2010); en adolescentes egipcios fue del 23% (Salama-Younes, 2011) y en adolescentes canadienses fue del 76,8 % (Afifi et al., 2016).

En relación a la prevalencia del florecimiento según el género, en ninguno de los trabajos citados se encontraron diferencias significativas.

4.4.2 Relación del modelo del factor dual con variables positivas y negativas

4.4.2.1 Estudios en adultos.

Keyes (2005; 2007); Hone et al. (2014), Keyes y Grzywacz (2005) y Harter, Schmidt y Keyes (2003) sostienen que la presencia del florecimiento se asocia a un óptimo funcionamiento de las áreas psicológica, física y social.

Hone et al. (2014) especifican que aquellas personas que tienen florecimiento cuentan con menores niveles de ausentismo laboral, menores reducciones horarias en el trabajo por alguna problemática, menores presentaciones de certificados médicos, mayor productividad laboral, menores accidentes laborales, buen funcionamiento psicosocial, presencia de esperanza, presencia de logros en la vida, mayor resiliencia y vínculos más cercanos con los demás, menores niveles de riesgo cardiovascular, menores síntomas psicopatológicos y problemas médicos de salud y menor demanda de servicios médicos.

A nivel predictivo Keyes, Dhingra y Simoes (2010) hicieron el seguimiento de una muestra de adultos por el lapso de diez años. Lo que hallaron en primer lugar es que los niveles de languishing-salud mental moderada y florecimiento tendían a mantenerse, sin sufrir grandes variaciones en las tres tomas en las que se administraron los instrumentos, lo cual puede interpretarse como prueba de la consistencia del modelo del factor dual.

En segundo lugar, la presencia de florecimiento se convertía en una variable protectora de la salud mental. A tal conclusión se arribó por el hecho de que aquellas personas con

languidecimiento tenían seis veces más posibilidades de contraer una psicopatología a lo largo del tiempo respecto a quienes tenían florecimiento.

En tercer lugar, las personas con languidecimiento tenían mayor riesgo de sufrir una psicopatología. Además, aquellas personas que poseían florecimiento o salud mental moderada y luego declinaron a la categoría de languidecimiento, mostraban ocho veces más posibilidades de riesgo de adquirir una psicopatología, en comparación de aquellos que se mantuvieron en el estado de florecimiento.

En cuarto lugar, aquellos sujetos que mejoraron su posición de languishing a salud mental moderada tenían tres veces más posibilidades de tener un diagnóstico de enfermedad mental, a diferencia de los que se mantuvieron en la categoría de florecimiento.

En quinto lugar, aquellos sujetos que permanecieron en la categoría de salud mental moderada tenían cuatro veces más de posibilidades en comparación de aquellos que se mantuvieron en flourishing de tener una psicopatología. Por último, aquellos que transitaban del estado de languidecimiento al de florecimiento tuvieron el doble de posibilidades de contraer una enfermedad mental.

A partir de estos datos Keyes, Dhingra y Simoes (2010) sostienen que existe evidencia sólida de que las categorías del modelo del factor dual aumentan o disminuyen las posibilidades a lo largo del tiempo de contraer un cuadro psicopatológico, siendo la categoría de salud mental moderada un buen predictor de riesgo, a diferencia del languidecimiento, que es un sólido predictor de psicopatología.

Otro estudio que se ocupó de la relación a largo plazo del florecimiento con causas de mortalidad en población adulta fue el de Keyes y Simoes (2012), concluyendo que el florecimiento pudo predecir menor consumo de tabaco, mayor actividad física, mejores

índices de masa corporal, menores tasas de retracción del SIDA, menores síntomas cancerígenos, menores tasas de ataques cardiovasculares y menores niveles de accidentes cardiovasculares, a diferencia de aquellos que tenían languidecimiento, en quienes aumentaba de forma considerable las causas de mortalidad.

Otro trabajo de Seow et al. (2016) reportó que en pacientes adultos que estaban tratados con psicoterapia y farmacoterapia los niveles de salud mental positivos eran un moderador de la gravedad de síntomas depresivos. Así también, la presencia de florecimiento correlacionó positivamente con un buen funcionamiento cotidiano, mejor nivel educativo, mejor vínculo marital, menor tasa de hospitalización, mayor contacto con familiares y una mayor red social.

Por su parte, Fuller-Thomson et al. (2016) hallaron que aquellas personas que tenían presencia de salud mental moderada o languidecimiento habían vivido al menos un episodio de violencia doméstica, abuso psicológico y, en algunos casos, abuso sexual. Por otro lado, tales personas contaban con mayores índices de consumo de tabaco, obesidad, insomnio, episodios de pánico, mayores limitaciones en la funcionalidad, más cantidad de hábitos sedentarios, mayor dependencia de sustancias y más episodios de ansiedad, menor satisfacción con la vida y mayores probabilidades de tener a futuro un cuadro psicopatológico.

Contrariamente, las personas que se conformaban a los criterios de florecimiento tenían más conductas saludables, mejores niveles de sueño, mejores niveles de salud mental, funcionamiento cotidiano positivo, bajo consumo de sustancias psicoactivas, satisfacción con la vida y menores probabilidades de contraer un trastorno psicológico a futuro.

Momtaz et al. (2016) encontraron que las personas que tenían florecimiento a lo largo de su vida habían tenido más hijos, más empleos calificados, niveles educativos más altos y menor severidad de síntomas médicos al momento de realizarse el estudio en comparación de

aquellos que fueron ubicados en la categoría intermedia o poseían languidecimiento. Vale decía que en esa investigación no se encontraron correlaciones significativas entre el florecimiento y variables sociodemográficas como la edad, el estado civil, el estado marital alcanzado y el status económico.

Riané y Luzelle (2017) realizaron un estudio en estudiantes universitarios en el que concluyeron que aquellos que presentaban florecimiento se habían adaptado mejor al ámbito académico durante el primer año de cursada, poseían mayor compromiso en sus tareas, percibían un mayor apoyo social e independencia a la hora de resolver conflictos de la vida cotidiana. Contrariamente, aquellos que presentaban languidecimiento tenían mayor vulnerabilidad a los sucesos adversos de la vida universitaria.

Por su parte, Shinde (2016) estudió los síntomas psicopatológicos y su relación con el florecimiento en un grupo de estudiantes universitarios de la India. Encontró que las personas con bajos niveles de depresión tenían simultáneamente altos niveles de salud mental - florecimiento-, y que aquellos que tenían altos niveles de depresión contaban con altos niveles de languidecimiento.

Trompetter, De Kleine y Bohlmeijer (2016) también concluyeron que aquellos adultos que contaban con criterios de florecimiento tenían mayor compasión consigo mismos a la hora de afrontar situaciones adversas cotidianas, pudiendo aceptarlas y sobreponerse a ellas de forma positiva; manifestaban menor nivel de afecto negativo ante las mismas y menores síntomas psicopatológicos. Por otro lado, las personas con baja puntuación en la categoría de florecimiento tenían mayores niveles de emociones negativas, peores síntomas psicopatológicos y menores niveles de auto-compasión.

Siguiendo con los estudios que asociaron la salud mental con los síntomas psicopatológicos se encuentran los aportes de Appelqvist-Schmidlechner, Lämsä y Annamari (2017), quienes hallaron que los pacientes con diagnóstico de Asperger y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con trastornos comórbidos de ansiedad y del ánimo pero que se ajustaban a los criterios de florecimiento, contaban con mayores niveles de actividad física, mejores competencias a nivel social y buen funcionamiento global en sus tareas cotidianas respecto de los pacientes con languidecimiento.

Wakefield et al. (2016) pudieron establecer a través de un estudio longitudinal en población australiana adulta que la presencia de florecimiento a largo plazo estaba asociada a mayores niveles de satisfacción con la vida, menores niveles de síntomas ansiosos y depresivos, y bajos niveles de estrés. En cambio, las personas con languidecimiento presentaron mayores síntomas ansiosos y depresivos, altos niveles de estrés y bajos niveles de satisfacción con la vida.

Otro estudio longitudinal de Schotanus-Dijkstra et al. (2016) dio cuenta de que el florecimiento reducía a largo plazo en un 28% la presencia de trastornos en el estado del ánimo, así como en un 53 % la emergencia de trastornos de ansiedad, como así también en la presencia de hábitos saludables de vida tales como deportes, percepción de soporte social y eventos positivos. Sin embargo, no se hallaron correlaciones significativas a largo plazo entre florecimiento y consumo de sustancias.

Otro estudio longitudinal de Selvaraj y Bhat (2018) que solo incluyó variables positivas en una muestra de adultos reportó que quienes tenían florecimiento a largo plazo experimentaban mayores niveles de emociones positivas como esperanza, sensación de eficacia personal, resiliencia y optimismo, a diferencia de aquellas personas que contaban con

languidecimiento, quienes a largo plazo contaban con menores niveles de las emociones positivas mencionadas.

A nivel local -y siendo el único estudio encontrado hasta el momento tanto en Argentina como en Latino-América-, Góngora y Solano (2017) hallaron que la presencia de florecimiento se asociaba con menores valores de síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad, somatización, síntomas fóbicos, obsesiones y compulsiones. Por el contrario, las personas que tenían languidecimiento poseían al mismo tiempo altos niveles de psicopatología.

4.4.2.2 Estudios en adolescentes.

Keyes et al. (2012) evidenciaron en sus trabajos que en aquellos adolescentes con florecimiento se registraban a largo plazo menores tasas de ideación suicida, menores síntomas psicopatológicos y mejor *performance* académica, a diferencia de aquellos que estaban ubicados en la clasificación de salud mental moderada, en quienes se identificaron tasas más altas de ideación suicida, mayores síntomas psicopatológicos y peor *performance* académica.

Otro dato importante es que a largo plazo los síntomas de aquellos jóvenes que estaban en el grupo de languidecimiento fueron de mayor severidad y gravedad en las variables mencionadas, en comparación de los que se ubicaban dentro de la categoría *flourishing* y salud mental moderada, siendo esta última categoría y el languidecimiento sólidos predictores de riesgo en el funcionamiento cotidiano de los jóvenes.

Low (2011) realizó un estudio con el que pudo demostrar una correlación negativa entre el florecimiento y los síntomas depresivos, así como una correlación positiva entre el languidecimiento y los síntomas depresivos. Su investigación también evidenció que aquellos

estudiantes que estaban en la categoría deflorecimiento tenían mayor compromiso en actividades comunitarias e interés por temas políticos, así como mayor empatía por los padecimientos ajenos, a diferencia de los jóvenes ubicados en salud mental moderada y languidecimiento, que tenían menores niveles de participación en actividades comunitarias y bajo interés en temas políticos. Por último, no se encontró que las categorías del modelo del factor dual tuvieran correlación significativa con el consumo de sustancias -alcohol y cannabis-.

En relación a el consumo de sustancias Keyes (2006b) llegó a resultados diferentes a los mencionados antes, revelando que en un grupo de jóvenes existía una asociación entre la presencia de languidecimiento y el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y drogas inhalantes. A su vez, los valores de languidecimiento correlacionaban positivamente con cuadros depresivos y ansiosos, problemas de conductas ilegales, fugas del colegio y peor funcionamiento psicológico. caracterizado por baja aceptación de sí mismo, autonomía, relación cercana con los demás e integración escolar y baja satisfacción con la vida. En cambio, los jóvenes que tenían florecimiento poseían menores síntomas psicopatológicos, bajos problemas de conducta, mejor funcionamiento psicológico y satisfacción con la vida.

Otro dato significativo a mencionar fue que aquellos jóvenes que pertenecían a la categoría de languidecimiento o salud mental moderada tendían a largo plazo a tener un cuadro psicopatológico y variables negativas como las mencionadas, a diferencia de aquellos que se mantuvieron en la categoría de florecimiento, que tendían a tener un mejor desempeño en las variables positivas funcionamiento escolar, social y psicológico.

Keyes (2006b) constató que dentro del rango etario de 12 a 18 años a medida que los adolescentes crecían disminuían los niveles de florecimiento y eran mayores los valores de languidecimiento y salud mental moderada, siendo el grupo de mayor riesgo psicosocial el

comprendido por aquellos que tenían entre 15 y 18 años. Advirtiéndose, finalmente, que las investigaciones sobre la salud mental en este segmento poblacional eran limitadas a nivel mundial, el autor del trabajo recomendó ampliar las evidencias disponibles hasta ese momento y adquirir nuevos conocimientos para mejorar su atención terapéutica.

Eklund et al. (2011) también hallaron en un grupo de estudiantes adolescentes de nivel secundario una correlación positiva entre los niveles de salud mental elevados -florecimiento- y la satisfacción con la vida, ajuste personal -problemas de conducta y adaptación al contexto-, presencia de emociones positivas como la esperanza, la gratitud y la perseverancia, a diferencia de aquellos que tenían bajos niveles de salud mental -languishing y salud mental moderada-, en quienes los valores en esas categorías se asociaban a menores niveles de satisfacción con la vida, bajos valores de emociones positivas, altos niveles de problemas de conducta y baja adaptación al contexto.

Singh et al. (2015) también estudiaron adolescentes escolares de 13 a 15 años en India mediante el modelo del factor dual, reportando resultados semejantes a los de Keyes (2006b) y Low (2011), pues se determinó que los sujetos con florecimiento que participaron del estudio mostraron simultáneamente escasos síntomas psicopatológicos -depresión y ansiedad-, menos niveles de estrés ante las dificultades cotidianas, mayores conductas prosociales y menores problemas de conducta.

En contraste, aquellos adolescentes que estaban ubicados en salud mental moderada tenían mayores niveles de síntomas psicopatológicos, niveles de estrés, bajos niveles de conductas prosociales y mayores problemas de conducta. Por último, los que estaban ubicados en la categoría de languidecimiento obtuvieron valores bajos en las variables de riesgo mencionadas.

Por su parte Singh y Junnarkar (2015) realizaron un estudio longitudinal en una muestra de adolescentes que concurrían a una escuela secundaria de la India. Lo que reportaron es que la presencia de la salud mental positiva fue capaz de predecir la predominancia de emociones positivas por sobre las negativas, presencia de florecimiento, presencia de los cuatro componentes de la calidad de vida enunciados por WHOQOL-BREF (1996): salud física, bienestar psicológico, relaciones sociales saludables y bienestar personal.

Van Zyl y Rothmann (2012) examinaron el rendimiento académico, la satisfacción con la vida, las emociones positivas y su correlación con el florecimiento en un grupo de adolescentes. Los resultados mostraron que los jóvenes que cumplían criterios de florecimiento tuvieron un rendimiento escolar de muy bueno a excelente, alta emocionalidad positiva y presencia de satisfacción, a diferencia de aquellos que estaban ubicados en la categoría de languidecimiento y salud mental moderada, cuyo rendimiento académico era de bajo a regular, poseían baja satisfacción con la vida y bajos niveles de emoción positiva.

Nabais (2012) se focalizó en la evolución de dos psicopatologías conjuntas en un grupo de jóvenes, a saber, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) con sintomatología depresiva. Lo que halló a largo plazo es que existían diferencias significativas entre aquellos que tenían altos niveles de florecimiento y los que se ubicaban en la categoría de salud mental moderada, dado que los primeros tenían menos gravedad y deterioro psicopatológico, además de presentar emociones positivas como optimismo, humor, creatividad y relaciones positivas con otros, en comparación de los segundos.

Peor aun fue el curso de los que estaban en la categoría de languidecimiento, quienes registraron mayor severidad sintomática, bajos niveles de emociones positivas y relaciones positivas que los sujetos ya mencionados. De esta manera, el autor sostiene que la presencia de florecimiento se comporta como un factor protector y un mediador de la psicopatología.

Robitschek y Keyes (2009) estudiaron en población adolescente escolar el poder predictivo del florecimiento con variables positivas tales como bienestar psicológico y bienestar emocional. Para esta última construyeron un instrumento que estaba compuesto por emociones positivas y por la satisfacción con la vida y bienestar social. Lo que hallaron es que el florecimiento funcionaba como un fuerte predictor de las tres variables positivas referidas, como así también reportaron que a bajos niveles de florecimiento se asociaban a bajos niveles de bienestar psicológico, emocional y social.

Lim (2013) y Lim, Ko, Shin y Cho (2013) investigaron un grupo de jóvenes de población de nivel educativo secundario y terciario, determinando que la presencia de florecimiento se asociaba a la satisfacción con la vida, menores síntomas psicopatológicos y mayor autoestima, a diferencia de aquellos que tenían salud mental moderada, que contaban con peores niveles de satisfacción con la vida, mayores síntomas psicopatológicos y peores valores de autoestima. Estos resultados empeoraban más aún en los jóvenes ubicados en la categoría de languidecimiento.

Otra investigación de Schönfeld et al. (2016) ratificó que aquellos jóvenes que se ubicaban en la categoría de florecimiento tenían mejores niveles de salud mental y mayores recursos de afrontamiento del estrés cotidiano, a diferencia de los que tenían salud mental moderada, cuyos recursos de afrontamiento al estrés cotidiano eran menores y sus síntomas psicopatológicos mayores. Este escenario se agudizaba en quienes se ubicaban en la categoría de languidecimiento, que tenían aún más severidad en las variables ya mencionadas.

Otro aporte fue el de Afifi et al. (2016), que descubrieron que los jóvenes participantes de su estudio que pertenecían a la categoría de florecimiento presentaban resultados satisfactorios dentro de los ámbitos educativos a los que concurrían, bajos niveles de síntomas psicopatológicos, una actividad física entre moderada o alta, estrategias de

regulación emocional adaptativas a las demandas de la vida cotidiana, vínculos cercanos y cálidos con familiares y amigos.

En los jóvenes del grupo que tenía salud mental moderada el rendimiento académico decrecía, había altos niveles de síntomas psicopatológicos, baja actividad física, estrategias de regulación emocional desadaptativas a las demandas de la realidad cotidiana y bajos niveles de relaciones interpersonales.

Otra referencia es la de Skrzypiec et al. (2016), autores que cotejaron dos grupos en relación a dos variables, a saber, salud mental y variables positivas. El primer grupo estaba conformado por quienes tenían la percepción de discapacidad en el ámbito escolar, en tanto que el segundo estaba integrado por aquellos que creían carecer de esta anomalía. En el primer grupo se evidenció que la alta percepción de discapacidad se asociaba con bajos niveles de salud mental -languidecimiento-, baja resiliencia, bajo concepto de sí mismo, baja satisfacción escolar, bajo compromiso con las tareas escolares y presencia de bullying.

Por el contrario, aquellos ubicados en el segundo grupo tenían mayor presencia de florecimiento, mayores niveles de resiliencia, mejor concepto de sí mismos, mejores niveles de satisfacción, compromiso con las tareas escolares y menores niveles de bullying.

Otro estudio realizado desde el modelo del factor dual es el de Suldo et al. (2016) en una muestra escolar de adolescente de 14 a 18 años. Este trabajo cuenta de que los individuos ubicados en la categoría de florecimiento correlacionaban con un ajuste satisfactorio en las áreas académica, soporte social, desarrollo de la identidad, percepción de la salud médica propia, relaciones amorosas con los demás y bajos síntomas psicopatológicos.

De modo más reciente, Guo (2018) estudió en una muestra de adolescentes chinos la presencia de florecimiento, indicando que esta variable se asociaba con la satisfacción por la

apariciencia personal, la actividad física, mejor calidad del sueño, menores niveles de estrés, confianza en los demás, motivación para el aprendizaje, percepción de contención por parte de los docentes y parientes, y ausencia de bullying por parte de los compañeros.

Los resultados anteriores contrastaban de modo significativo con el grupo de adolescentes que tenían salud mental moderada, quienes ostentaban menores niveles de satisfacción por la apariciencia personal, menores índices de actividad física, dificultades en la conciliación del sueño, mayores niveles de estrés, menor confianza en los demás, bajos niveles de motivación de aprendizaje, menor percepción de contención por parte de los docentes y parientes, y presencia de bullying por parte de los compañeros.

A su vez, los sujetos ubicados en la categoría de languidecimiento tenían bajos niveles de ajuste académico, soporte social, desarrollo de la identidad, percepción de la salud médica propia, relaciones amorosas con los demás y altos síntomas psicopatológicos.

Guerra Vargas (2017) reportó que la salud mental de los estudiantes de una población universitaria ejercía una influencia significativa pero muy baja en el rendimiento académico (sólo en un 2%). Por el contrario, detectó que existan otras variables estadísticamente significativas que poseían mayor capacidad predictiva tales como el estrés, la ansiedad y la autoaceptación.

Garzón-Umerenkova, De la Fuente y Amate (2018) también estudiaron una población universitaria y reportaron que el florecimiento no correlacionó con la performance académica, no obstante hubo una asociación estadísticamente significativa entre la performance académica y otras variables tales como la regulación emocional, la procrastinación y un alto rendimiento académico.

Otro estudio de Lipson y Eisenberg (2018) evaluó el poder predictivo del florecimiento sobre el éxito académico de los estudiantes en su ingreso a la universidad y la permanencia a dicho ámbito. Lo que hallaron los investigadores fue que aquellos jóvenes que contaban con presencia de florecimiento permanecían más tiempo en la Universidad, como así también tenían menos niveles de abandono, mayor satisfacción con la carrera elegida y mayor nivel de persistencia, a diferencia de aquellos que contaban con menores niveles de salud mental.

Por su parte Datu, Labarda y Salanga (2019) hallaron que la presencia de florecimiento en estudiantes de secundario estaba asociada a una serie de logros académicos tales como menor demora en el tiempo requerido para graduarse, mejor performance académica y menor evitación a adversidades académicas, a diferencia de aquellos que registraron menores niveles de salud mental.

Por último Schotanus-Dijkstra, Keyes, De Graaf y Ten Have (2019) evaluaron la presencia del florecimiento como moderador a 12 meses en pacientes adultos que cumplían con criterios de trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo. El estudio dio cuenta de que no fue el florecimiento una variable significativa en la recuperación o mejoría población en tratamiento psicológico de los cuadros psicopatológicos, sino que la ingesta de la medicación, la presencia de trastornos comórbidos y la severidad población en tratamiento psicológico de los síntomas fueron variables más determinantes en la mejoría de los pacientes evaluados.

4.4.3 Limitaciones en los estudios del modelo del factor dual

Si bien se ha constatado que existe una fuerte evidencia de la solidez empírica del modelo del factor dual, hay que aclarar que tales estudios se focalizaron principalmente en poblaciones adultas dentro de ámbitos laborales o médicos, y en adolescentes en contextos escolares o universitarios, siendo nula la literatura que aborde las posibles semejanzas y diferencias entre muestras población en tratamiento psicológicos y escolares.

En relación a las temáticas más investigadas en adolescentes cabe mencionar, en primer lugar, los cuadros psicopatológicos y las conductas de riesgo; en segundo lugar, el bienestar subjetivo; en tercer lugar, el bienestar psicológico; y en cuarto lugar el bienestar social (Lippman et al., 2014; Schotanus-Dijkstra et al. 2016).

A nivel metodológico los diseños de los estudios son en gran medida de tipo transversales, siendo escasos los trabajos de diseño longitudinal, sea en población general o población en tratamiento psicológico. Asimismo, se puede afirmar que no abundan los estudios hechos en población adolescente en los que se hayan integrado variables objetivas como, por ejemplo, el desempeño cotidiano, y las variables subjetivas que la PP atribuye como factores asociados al bienestar psicológico.

Segunda Parte: Sección Empírica

5. Investigación Empírica

A raíz de los antecedentes planteados anteriormente , las preguntas , objetivos e hipótesis de esta investigación son las siguientes:

5.1 Preguntas de Investigación

¿Cuál es la prevalencia del florecimiento en población adolescente escolar y población en tratamiento psicológico en Argentina?

¿Existen diferencias entre los niveles de florecimiento entre población adolescente escolar y población en tratamiento psicológico?

¿Puede el florecimiento predecir a los 6 y 12 meses un buen rendimiento académico, bajos síntomas psicopatológicos, bajos niveles de factores de riesgo, alta satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales y altos niveles de Flow en los adolescentes escolares argentinos?

¿Cuál es la relación entre los niveles de florecimiento y la severidad de: síntomas psicopatológicos, factores de riesgo, flow, satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales en población en tratamiento psicológico adolescente?

5.2 Objetivos de Investigación

5.3 Objetivo General

Describir la prevalencia de florecimiento en población adolescente escolar y en población en tratamiento psicológico de adolescentes que residen en C.A.B.A. y Provincia de Bs. As, y determinar su valor predictivo en adolescentes escolares.

5.4 Objetivos específicos

1:1- Describir los niveles de prevalencia del florecimiento en población escolar y en población en tratamiento psicológico.

2:2-. Comparar los niveles de florecimiento, flow, satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, síntomas psicopatológicos y presencia de riesgo entre población escolar y población en tratamiento psicológico.

3:3- Determinar si el florecimiento puede predecir a los 6 y 12 meses de la primera toma de datos los niveles de rendimiento académico, sintomatología psicopatológica, presencia de factores de riesgo, satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, y flow en adolescentes escolarizados

4:4- Evaluar la relación entre los niveles de florecimiento y los síntomas psicopatológicos, presencia de factores de riesgo, la satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, y los niveles de flow en población en tratamiento psicológico adolescente.

5.5 Hipótesis

1:1: No se establecen hipótesis para este objetivo.

2:2: Los niveles de florecimiento serán mayores en la población escolar a diferencia de la población en tratamiento psicológico. La población adolescente escolar presentará mayores niveles de flow, satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, y menores síntomas psicopatológicos y factores de riesgo.

3:3: El florecimiento es un predictor de bajos niveles de síntomas psicopatológicos, buen rendimiento académico, bajos niveles de factores de riesgo, altos niveles de flow y alta satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales en la población escolar.

4:4: A mayor florecimiento, mayor nivel de flow, mayor satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, menor presencia de síntomas psicopatológicos y factores de riesgo en la población en tratamiento psicológico.

6. Marco Metodológico

6.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo – correlacional

6.2 Tipo de Diseño

No experimental, de diseño transversal-correlacional (objetivos 1,2 y 4) y longitudinal de tendencia (objetivo 3).

6.3 Muestra

El tipo de muestreo fue de tipo intencional, no probabilístico; y estuvo conformada por dos grupos:

A) Adolescentes de población escolar: 443 jóvenes de ambos sexos entre 12 y 18 años residentes en C.A.B.A. o Provincia de Buenos Aires que asistían a escuelas públicas y privadas de educación media. La mitad pertenecía a escuelas públicas (n=222) y la otra mitad a escuelas privadas (n=221).

b) Adolescentes en tratamiento psicológico: 81 jóvenes de ambos sexos entre 12 y 18 años que residían en C.A.B.A. o Provincia de Buenos Aires bajo tratamiento psicológico, cuyos síntomas correspondían a trastornos internalizadores y externalizadores. Se excluyeron aquellos que poseían cuadros de adicciones, esquizofrenia y abuso sexual.

Con respecto a la distribución de la muestra según el sexo, la misma ($n=522$) estuvo compuesta por 218 hombres (41,8%) y 304 mujeres (58,2 %). La media de edad en mujeres era de 14.74 (dt: 1.52) y en los hombres de 14.94 (dt:1.63). En ambos grupos no había diferencias significativas en las edades ($M=14.74$; $dt=1.52$ vs $M=14.94$; $dt=1.63$; $T=1.35$; $p<0.05$).

6.4 Instrumentos

Todos los instrumentos fueron autoadministrables. Los mismos se mencionan a continuación, dependiendo de las variables para cuya medición se emplearon:

Variables demográficas: edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios y año lectivo. Se elaboró un cuestionario *ad hoc*.

Rendimiento académico: Se tuvo acceso a las calificaciones numéricas de cada adolescente -segundo y tercer cuatrimestre- y al registro de asistencias para conocer el nivel de ausentismo a través del boletín de cada uno de los alumnos participantes de la muestra escolar.

Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). Este instrumento de 14 ítems (Keyes, 2005) evalúa el grado de a) bienestar emocional (afectos positivos y satisfacción con la vida); b) bienestar social (incluye las facetas de aceptación, actualización, contribución

social, coherencia e integración social); c) bienestar psicológico (autonomía, control, crecimiento personal, relaciones personales, auto aceptación y propósito).

El MHC-SF ha mostrado buenas evidencias de consistencia interna y validez discriminante en muestras de diversos países. La estructura de tres factores de la escala (emocional, psicológica y social) ha sido confirmada en los diversos estudios (Gallagher, Lopez & Preacher, 2009; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011). Los estudios de validación de este instrumento en Argentina han confirmado la estructura factorial del instrumento y han dado evidencia de una buena validez convergente y consistencia interna (Perugini, De la Iglesia, Solano & Keyes, 2017).

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised). Este inventario de 90 ítems (Derogatis & Lipman, 1977) evalúa diversos síndromes psiquiátricos a través de nueve dimensiones primarias: somatización, trastorno obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, esquizofrenia, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo. Contiene, además, tres índices globales de malestar psicológico: un Índice Global de Severidad utilizado para estimar el status psiquiátrico general, un Índice Positivo de Malestar y el Total de Síntomas Positivos. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad. La escala se encuentra adaptada en población argentina mostrando buenas propiedades psicométricas (Casullo, SCL-90-R, 2004; Sanchez & Ledesma, 2009).

Escala de Satisfacción con la vida (SWLS). Es una escala de cinco ítems con formato de respuesta likert en 7 categorías y examina el grado de satisfacción global con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). La escala es utilizada internacionalmente para la evaluación del bienestar en tanto componente cognitivo de la satisfacción. Diferentes estudios empíricos han demostrado su validez y fiabilidad (Diener et al., 1985; Pavot, Diener, Colvin,

& Sandvik, 1991). La escala ha sido validada en población argentina (Castro Solano & Diaz Morales, 2002).

Personal Well-being Index (WBI) (Cummins, 1998). Evalúa la satisfacción en diferentes dominios vitales (v.g., nivel de vida, salud, logros, relaciones personales, seguridad, comunidad, seguridad futura, espiritualidad). El PWI utiliza una escala del 0 (cero) al 10 (diez), en la cual el 0 corresponde a no estar satisfecho y el 10 corresponde al más alto nivel de satisfacción. El instrumento ha sido adaptado y utilizado en 51 países, incluidos Argentina (Casas, et al , 2012).

Escala de la experiencia Optima (Mesurado, 2008). Evalúa la experiencia óptima en adolescentes. Consta de 32 ítems. La escala se divide en dos factores: el primero abarca la calidad afectiva y la activación cognitiva, y el segundo factor incluye al logro y la retroalimentación positiva. Si el adolescente refiere tener una actividad que le genere flow, se pasa a explorar en qué medida lo motivo dicha actividad. Luego se investiga la voluntad de la elección de la tarea. En la tercera sección se indaga sobre la calidad de la experiencia optima y por último se tiene en cuenta el ámbito relacional de la actividad óptima. El instrumento está validado en Argentina con adolescentes de 13 a 15 años y presenta niveles aceptables de fiabilidad (Mesurado, 2008)

Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) Evalúa la presencia de factores de riesgo y protectores en la población adolescente escolarizada, consta de 75 preguntas que trata sobre los siguientes temas: datos demográficos, consumo de alcohol y otras drogas, comportamiento alimentario, higiene, violencia y daños no intencionados, salud mental, consumo de tabaco, comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, otras enfermedades transmisibles y embarazos no deseados , actividad física y factores de protección. Dicha encuesta fue construida por la Organización Mundial de la Salud (OMS,

2009) para ser administrada a nivel mundial y evaluar los factores de riesgo y protectores de los adolescentes. En Argentina esta escala se administró a población adolescente en todas las provincias del país (Ferrante et al., 2014).

6.5 Procedimiento

Los instrumentos de la población en tratamiento psicológico se tomaron en una sola sesión por psicólogos clínicos infanto juveniles que pertenecían a la Fundación ETCI y demás instituciones de salud mental , como así también por médicos psiquiatras.

Los profesionales fueron entrenados para la correcta administración de las escalas. En relación a la población escolar los instrumentos se administraron en una sola toma y se realizó un seguimiento con los mismos instrumentos a los seis y doce meses. Dicha administración se hizo por el tesista con el previo consentimiento informado, firmado por todos los padres de los adolescentes. En relación a las calificaciones de los jóvenes de la muestra escolar se solicitaron a los colegios todas las notas por cada materia de los jóvenes, junto con las faltas al finalizar el trimestre.

Las tomas se hicieron de forma grupal en el aula con previo aviso a los colegios sobre la visita del tesista. La aplicación de los diversos instrumentos exigió un tiempo promedio de cincuenta minutos, tanto para la muestra escolar y población en tratamiento psicológico. Una vez obtenidos los datos se procesaron con el programa informático SPSS versión 20 y posteriormente se realizó una devolución a los colegios sobre los niveles de florecimiento y variables asociadas.

Tercera Parte: Resultados y Discusión

7. Resultados

En este apartado se comenzara a desarrollar los resultados de los cuatro objetivos del presente trabajo, comenzando con el objetivo número uno: “Describir los niveles de prevalencia del florecimiento en población escolar y en población en tratamiento psicológico de adolescentes la C.AB.A y Provincia de Buenos Aires”

El análisis de la salud mental se hizo a partir del modelo de Keyes, (2005). Este autor propone que para que los sujetos clasifiquen dentro de la categoría de florecimiento, deben experimentar “todos los días” o “la mayoría de los días” al menos uno de los tres de bienestar hedónico y al menos seis de los once indicadores de funcionamiento positivo durante el último mes. Sujetos que reporten puntuaciones bajas (Ej: “nunca” , “a veces”) en un ítem de bienestar hedónico y menos de seis indicadores de funcionamiento positivo se los clasifica dentro de la categoría de languidecimiento.

Aquellos sujetos que no cumplieron criterios de florecimiento o languidecimiento, se consideraron dentro de la salud mental moderada. En relación a la muestra seleccionada en este estudio solo se tuvieron en cuenta los casos válidos para todos los objetivos.

En relación al presente trabajo se aplicaron todas las escalas mencionadas en el apartado metodológico a fin de desarrollar el primer, segundo y cuarto objetivo, solo considerando en este análisis los datos relevados en el primer periodo de la toma. En cambio, para el objetivo tres -si bien se emplearon las mismas escalas- el análisis se extendió a los tres periodos en que se tomaron los datos (Línea de base, 6 y 12 meses).

7.1. Prevalencia de la salud mental en la población escolar y población en tratamiento psicológico

En este apartado se exponen los resultados encontrados en relación al primer objetivo de la investigación: describir los niveles de prevalencia del florecimiento en la población escolar y en la población en tratamiento psicológico de la C.A.B.A y Provincia de Buenos Aires (ver tabla 2) .

El procedimiento estadístico implementado se llevó a cabo mediante tablas de contingencias para conocer los porcentajes de cada población y luego se implementó de forma complementaria el chi cuadrado para probar la asociación entre variables de ambas poblaciones. Así también se utilizó el tamaño del efecto en las asociaciones que tuvieron un resultado estadísticamente significativo.

Tabla 2

Prevalencia de la salud mental en población escolar y población en tratamiento psicológico.

Categorías en salud mental	Población escolar (n=427)	Población en tratamiento psicológico (n=76)
Languidecimiento	11,5 %	10,5 %
Salud mental moderada	59,5 %	57,9 %
Florecimiento	29,0 %	31,6 %

Se observó que la mayor concentración de las frecuencias se encontraba dentro de la salud mental moderada en ambas poblaciones. Por otro lado, el porcentaje de languidecimiento fue bajo en las dos muestras. En relación a la mejor categoría de salud mental -florecimiento-, la misma fue levemente superior en la población en tratamiento psicológico.

Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de salud mental entre las dos poblaciones estudiadas, ya que $\chi^2 = .22$, $gl = 2$, $p = .89$.

7.1.2 Niveles de salud mental completa en población escolar y población en tratamiento psicológico

Para establecer las categorías de análisis de la variable salud mental completa, se asociaron los niveles de salud mental -florecimiento, salud mental moderada, languidecimiento- y la presencia o ausencia de malestar psicológico.

Para determinar la presencia o no de tales trastornos mentales se utilizó el Índice Global General (IGS) del test SCL-90 (Derogatis, 1977). Para ello se tomó el puntaje de corte del IGS en función de los estudios de baremización realizados en C.A.B.A en hombres y mujeres adolescentes (Casullo, 2004). Es importante destacar que el puntaje de corte fue diferente para hombres y para mujeres. Esto permitió dividir a cada población en adolescentes con o sin malestar psicológico. Luego se realizó un cruzamiento entre la presencia o ausencia de malestar psicológico con las tres categorías en salud mental, dando lugar a seis categorías: languidecimiento con malestar psicológico, languidecimiento sin malestar psicológico, salud mental moderada con malestar psicológico, salud mental moderada sin malestar psicológico, florecimiento con malestar psicológico, florecimiento sin malestar psicológico (ver tabla 3).

Tabla 3

Niveles de salud mental completa segun población escolar y población en tratamiento psicológico

Categorías en salud mental completa	Población escolar (n=427)	Población en tratamiento psicológico (n=76)
Languidecimiento con malestar psicológico	7,5 %	9,2 %
Languidecimiento sin malestar psicológico	4 %	1,3 %
Salud mental moderada con malestar psicológico	15 %	22,4%
Salud mental moderada sin malestar psicológico	44,5 %	35, 5 %
FloreCIMIENTO con malestar psicológico	3,3 %	0 %
FloreCIMIENTO sin malestar psicológico	25,8 %	31,6 %

En cada una de las seis categorías las frecuencias obtenidas en ambas muestras fueron semejantes. La categoría con mayor prevalencia en ambas poblaciones fue la de la salud mental moderada sin malestar psicológico.

Otro aspecto saliente es que la población clínica presento mayores porcentajes que la población escolar respecto a las categorías languidecimiento con malestar psicológico y salud mental moderada con malestar psicológico. La categoría en la que menos frecuencia se observo en ambas poblaciones fue la de floursihing con malestar psicológico.

Sin embargo, al comparar ambas poblaciones , se pudieron apreciar que no había diferencias significativas en relación a las categorías consideradas, donde $\chi^2 = 8.22$, gl= 5, p =.14

7.1.3 Prevalencia de la salud mental segun el género

Se describen los niveles de la salud mental segun el género de los participantes dentro de la población escolar (n= 427), cuyos resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4
Categorías de salud mental según el género

Categorías de la Salud Mental	Varones (n=165)	Mujeres (n=282)
Languidecimiento	9,1 %	13 %
Salud mental moderada	53,3 %	63, 4 %
FloreCIMIENTO	37,6 %	23,7 %

Se encontró que la mayoría de los participantes pertenecía a la categoría salud mental moderada. Respecto al mejor nivel de salud mental -el florecimiento-, fueron los varones quienes presentaron una mayor frecuencia. Sucedió lo contrario en la categoría mas baja de salud mental –el languidecimiento- pues allí las mujeres presentaron una mayor frecuencia de asociación que los varones.

Al comparar ambos grupos se encontró que las variables salud mental y género estaban asociadas, ya que $\chi^2 = 9.79$, $gl = 2$, $p = .007$. Al analizar los residuos estandarizados de cada una de las categorías, se encontró que la categoría de florecimiento era la que tenía mayores residuos (varón $Z = -2.0$; mujer $Z = -1.6$). Categorías con residuos estandarizados mayores a $Z = 1.96$ indicarían diferencias estadísticamente significativas en esas categorías al nivel de significación $p < .05$ (Field, 2017). Esto indicaría que las diferencias estadísticamente significativas en los niveles de salud mental entre hombres y mujeres se encuentran en esta categoría, siendo mayor la prevalencia de florecimiento en el grupo de los hombres, aunque con un tamaño de efecto pequeño ($d = .31$).

7.1.3.1 Salud mental completa según el género.

Se analizo aquí el nivel de salud mental completa según el género en la población escolar (ver tabla 5).

Tabla 5
Salud mental completa segun el género

Categorías en salud mental completa	Varones (n=165)	Mujeres (n=262)
Languidecimiento con malestar psicológico	6,1 %	8,4 %
Languidecimiento sin malestar psicológico	3 %	4,6 %
Salud mental moderada con malestar psicológico	11,5 %	17,2 %
Salud mental moderada sin malestar psicológico	41,8 %	46,2 %
FloreCIMIENTO con malestar psicológico	3,6 %	3,1 %
FloreCIMIENTO sin malestar psicológico	33,9 %	20,6 %

La mayoría de los integrantes de la población escolar se encontraba dentro de la categoría salud mental moderada sin malestar psicológico, siendo pequeña la diferencia entre ambos sexos. La categoría de salud mental completa menos frecuente en el caso de los varones fue languidecimiento sin malestar psicológico; en tanto que en las mujeres la menor frecuencia se dio en la categoría florecimiento con malestar psicológico.

Otro dato sobresaliente, es que en ambos sexos los niveles de languidecimiento con y sin malestar psicológico fueron bajos, no superando en ningún caso el 10 %.

Con respecto a la presencia psicopatológica, esta fue mayor en las mujeres que en los hombres, dado que los porcentajes fueron más elevados en las categorías salud mental moderada con malestar psicológico y languishing con malestar psicológico.

A nivel comparativo se observó que existía una diferencia significativa entre el género y la salud mental completa, puesto que $\chi^2 = 11.03$, $gl = 5$, $p < .01$. El análisis de los residuos estandarizados indicaron que la categoría florecimiento sin malestar psicológico (varones = 2.1; mujeres = -1.6) indicando que esta categoría es significativamente mayor en la población masculina, aunque la diferencia es de tamaño del efecto pequeño ($d = .32$).

7.1.4 Prevalencia de la salud mental segun edades

Se realiza la descripción de las edades y de las categorías de salud mental en la población escolar (tabla 6).

Tabla 6

Categorías de salud mental segun las edades

Categorías de la salud mental	De 12 a 15 (n=298)	De 16 a 19 (n=129)
Languidecimiento	12,1 %	10,1 %
Salud mental moderada	58,7 %	58,9 %
FloreCIMIENTO	28, 2 %	31,0 %

La tabla 6 evidencia que las frecuencias se encontraban distribuidas de forma homogénea en las tres categorías de salud mental, siendo en ambos grupos etáreos la salud mental moderada la categoría predominante. También en ambos grupos se advierte que la categoría de languishing fue la menos frecuente.

Por otro parte, se constató que las variables de edad y salud mental no estaban asociadas, siendo $\chi^2 = .57$, gl = 2, p = .75.

7.1.5 Prevalencia de la salud mental completa segun edades

Se realiza ahora la descripción de las edades y las categorías de salud mental completa en la población escolar (tabla 7).

Tabla 7
Categorías de salud mental completa segun edades

Categorías en salud mental completa	De 12 a 15 (n=298)	De 16 a 19 (n=129)
Languidecimiento con malestar psicológico	8,1 %	6,2 %
Languidecimiento sin malestar psicológico	4 %	3,9 %
Salud mental moderada con malestar psicológico	15,8 %	13,2 %
Salud mental moderada sin malestar psicológico	44 %	45,7 %
Florecimiento con malestar psicológico	2 %	6,2 %
Florecimiento sin malestar psicológico	26,2 %	24,8 %

En ambos grupos etarios la categoría de mayor prevalencia fue la salud mental moderada sin malestar psicológico. Por el contrario, las categorías con menor frecuencia en ambas agrupaciones fueron languidecimiento con y sin malestar psicológico.

Por otra parte, la franja etaria de 12 a 15 años presento mayores niveles de malestar psicológico que la franja de 16 a 19 años en las siguientes categorías: salud mental moderada y languidecimiento. Sin embargo la diferencia no resultaron estadísticamente significativas entre ambos grupos, ya que $\chi^2 = 5,77$ gl = 5, p = .33.

7.1.6 Prevalencia de la salud mental segun tipo de escuela

Se describe la salud mental de los participantes segun el tipo de escuela: pública y privada (tabla 8).

Tabla 8
Salud mental segun tipo de escuela

Categorías de la salud mental	Escuela pública (n=217)	Escuela privada(n=210)
Languidecimiento	12,9 %	10 %
Salud mental moderada	57,6 %	61,4 %
Florecimiento	29,5 %	28,6 %

Se constata la existencia de homogeneidad en las frecuencias de las categorías de salud mental en ambos tipos de escuela, siendo la categoría más destacada la salud mental moderada, por encima del 50 % de los casos. A su vez, vale indicar que fue bajo el nivel de languidecimiento en ambas muestras y casi un tercio de las mismas poseía un nivel elevado de florecimiento. Por otro lado, no se hallaron asociaciones significativas entre la salud mental y el tipo de escuela, teniendo en cuenta que $\chi^2 = 1.07$, $gl = 2$, $p = .58$.

7.2 Comparación de las variables bajo estudio entre la población escolar y población en tratamiento psicológico

En este segundo apartado se comparan los tipos de bienestar: -emocional, social y psicológico- Flow, satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, síntomas psicopatológicos y presencia de riesgo entre población escolar y la población en tratamiento psicológico adolescente de C.A.B.A y Provincia de Buenos Aires.

El procedimiento estadístico utilizado para este segundo apartado fue la prueba t de student para muestras independientes, como así también el tamaño del efecto en las diferencias donde se observó un resultado estadísticamente significativo.

Vale recordar que los diversos tipos de bienestar son los que permiten determinar el nivel de salud mental de una persona, a saber languidecimiento, salud mental moderada y florecimiento (Keyes, 2005).

7.2.1 Comparación del bienestar emocional, social y psicológico entre la población escolar y población en tratamiento psicológico

En el presente apartado se hace una comparación de los tipos de bienestar emocional, social y psicológico entre la población escolar y población en tratamiento psicológico (Ver tabla 9).

Tabla 9
Comparación de los tipos de bienestar emocional, social y psicológico entre la población escolar y población en tratamiento psicológico.

Tipos de bienestar	Población escolar (n = 432)		Población en tratamiento psicológico (n=80)		t	p
	M	D.E	M	D.E		
B. emocional	10.55	3.55	9.72	3.81	1.89	.06
B. social	9.24	5.67	10.62	6.30	-1.94	.054
B. psicológico	19.39	6.80	19.21	7.29	-.21	.82
B. total	39.22	19.98	39.25	15.27	-.013	.98

En primer lugar se pudo observar que los resultados presentaban valores similares en las diferentes clases de bienestar, tanto en la población en tratamiento psicológico como en la escolar.

El bienestar social fue en donde hubo mayores diferencias entre ambas poblaciones, observándose un mayor nivel de esta variable en la muestra población en tratamiento psicológico (M=10.62, D.E=6.30) frente a la población escolar (M=9.24, D.E=5.67).

El análisis comparativo de las medias en los distintos tipos de bienestar, como así también en el bienestar total, no arrojó diferencias significativas.

7.2.2 Comparación los niveles de los flow/experiencia óptima entre la población escolar y la población población en tratamiento psicológico.

Se compara a continuación el nivel total de flow, dicho puntaje resulta de la sumatoria de dos escalas. La primera de ellas se denomina calidad afectiva y activación cognitiva, mientras que la segunda se llama: logro y retroalimentación positiva (Ver tabla 10).

Tabla 10
Comparación de las escalas del flow/experiencia óptima entre la población escolar y población en tratamiento psicológico.

Flow	Población escolar (n=354)		Población en tratamiento psicológico (n=66)		t	p
	M	D.E	M	D.E		
Calidad afectiva y activación. cognitiva	5.98	.95	5.73	1.19	1.81	.03
Logro y r.positiva	3.93	.66	3.75	.63	.98	.72
Nivel total de flow	5.13	.76	4.98	.83	1.67	.09

Se puede observar en la tabla anterior, que solo en la calidad afectiva y la activación cognitiva se hallaron diferencias significativas ($p < .03$) entre ambas poblaciones con un tamaño de efecto pequeño ($d = -.19$), observandose en la población escolar un mayor nivel de esta variable ($M=5.98$, $D.E=.95$) a comparación a la población en tratamiento psicológico ($M=5.73$, $D.E=1.19$).

Sin embargo, en la dimension del logro y la respuesta positiva y en la puntuación total las medias obtenidas fueron similares en las dos poblaciones. Esto se constato al aplicar la prueba t y encontrar que no había diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones en el nivel de flow total y en el logro y la respuesta positiva.

7.2.3 Comparación de la satisfacción con la vida y nivel de satisfaccion en diferentes áreas vitales entre la población escolar y población en tratamiento psicológico

Para este aparatado se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos a través de las escalas de satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) y la satisfacción en diferentes áreas vitales (Cummins, 1998) en la población en tratamiento psicológico y en la escolar.

Tabla 11

Comparación de la satisfacción con la vida y la satisfacción en diferentes áreas vitales entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico

Escala de satisfacción	Población escolar (n=436)		Población en tratamiento psicológico (n=81)		t	P
	M	D.E	M	D.E		
Satisfacción con diferentes áreas vitales	80.68	21.52	81.69	19.13	-.30	.76
Satisfacción con la vida	23.08	7.17	21.88	7.73	1.35	.17

Se puede apreciar en la tabla 11 que hubo leves diferencias entre una población y otra respecto a las variables consideradas. En la satisfacción con diferentes áreas vitales aquellas diferencias fueron favorables a la muestra población en tratamiento psicológico(M=80.68, D.E=21.52) frente a (M=81.69, D.E=19.13) de la población escolar. Ocurrió lo contrario, en la variable satisfacción con la vida (M=23.08, D.E=7.17) frente a la muestra población en tratamiento psicológico(M=21.88, D.E=7.73). Más allá de lo indicado, dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre una población y otra en las dos variables analizadas.

7.2.4 Sintomatología psicopatológica en población escolar y población en tratamiento psicológico

Se ofrece ahora una comparación de los síntomas psicopatológicos entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico (Ver tabla 11). En segundo lugar se cotejan ambas poblaciones respecto a los siguientes índices: positivo de malestar, síntomas positivos e índice global de severidad (Ver tabla 12).

7.2.4.1 Comparación de los síntomas psicopatológicas entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico.

La tabla 12 describe los síntomas psicopatológicos analizados: síntomas somáticos, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, síntomas depresivos, síntomas ansiosos, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicotismo y síntomas totales psicopatológicos.

Tabla 12

Comparación de los síntomas psicopatológicos entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico

Síntomas Psicopatológicos	Población escolar (n=436)		Población en tratamiento psicológico (n=81)		t	p
	M	D.E	M	D.E		
Síntomas somáticos	.92	.73	.89	.70	.35	.72
Síntomas obsesivos y compulsiones	1.30	.81	1.47	.85	-1.68	.09
Sensibilidad interpersonal	1.14	.86	1.22	.82	-.75	.45
Síntomas depresivos	1.12	.87	1.16	.86	-.38	.70
Síntomas ansiosos	1.00	.86	1.16	.76	-1.5	.11
Hostilidad	1.11	.95	1.02	.74	.73	.08
Ansiedad fóbica	.68	.70	.83	.80	-1.7	.09
Ideación paranoide	1.15	.92	1.19	.86	-.41	-.67
Psicoticismo	.74	.75	.88	.77	-1.5	.11
Síntomas totales psicopatológicos	.88	.63	.102	.62	-1.5	.12

Como se destaca en la tabla 11, los resultados de las medias de todas las escalas fueron semejantes entre sí en ambas poblaciones, teniendo la muestra población en tratamiento psicológico una mayor tendencia a presentar síntomas psicopatológicos a diferencia de la población escolar.

Los resultados que arrojaron menores similitudes entre las muestras con respecto a las agrupaciones de síntomas fueron: hostilidad, obsesiones/compulsiones y ansiedad fóbica. En contraposición, los resultados que presentaron mayores similitudes en las agrupaciones sintomáticas en sus resultados entre ambas muestras fueron las somatizaciones, la ideación paranoide y los síntomas depresivos.

Con respecto a la totalidad de los síntomas se puede evidenciar que la muestra población en tratamiento psicológico tenía mayores niveles de síntomas totales psicopatológicos ($M=102$, $D.E=63$) a comparación de la muestra escolar ($M=.88$, $D.E=62.27$).

Sin embargo, al aplicar la prueba t para muestras independientes se pudo apreciar que no había diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones en todas las escalas de síntomas descriptos en la tabla 11.

7.2.4.2 Comparación del índice positivo de malestar, global de severidad y totalidad de síntomas positivos entre la población en tratamiento psicológico y la población escolar

La tabla 13 contiene los siguientes índices psicopatológicos, el índice de malestar positivo, en segundo lugar el índice global de severidad y totalidad de los síntomas positivos. El primero indica si el joven exagera o minimiza el malestar que está teniendo al momento de hacer la escala. En el caso que las puntuaciones sean muy altas, se considera que existe simulación/fingimiento de las respuestas (Casullo, 2004).

El índice global de severidad es un indicador del nivel actual de severidad que combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido (Casullo, 2004).

La totalidad de los síntomas positivos hace referencia a un intento voluntario por parte del adolescente de mostrarse mejor de lo que realmente se está sintiendo o también un intento de magnificar sus patologías (Casullo, 2004).

Tabla 13

Comparación de índices psicopatológicos y totalidad de síntomas positivos entre población escolar y población en tratamiento psicológico

Índices Psicopatológicos y totalidad de síntomas positivos	Población escolar (n=436)		Población en tratamiento psicológico (n=80)		t	p
	M	D.E	M	D.E		
I. global de severidad	1.02	.71	1.10	.67	-.87	.38
I. positivo de malestar	1.96	.61	2.15	.60	-2.34	.02
Totalidad de síntomas positivos	42.82	21.88	44.18	22.02	-.51	.60

Los tres indicadores presentan una mayor puntuación en la población en tratamiento psicológico a comparación de la población escolar. Sin embargo, solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el índice positivo de malestar, dado que, $t = -2.34$, $p = .02$, siendo bajo el tamaño del efecto ($d = -.28$)

7.2.5 Comparación de los factores de riesgo entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico

Se hace un análisis comparativo entre la población escolar y población en tratamiento psicológico respecto a la presencia y/o ausencia de riesgo de diversos factores. En base a la encuesta de salud escolar que realiza a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) se analizaron las respuestas referidas a los factores de riesgo para adolescentes evaluados en dicha encuesta.

Las respuestas fueron categorizadas en presencia o ausencia de cada factor de riesgo. Los factores evaluados por la encuesta que se analizaron son: ideación o intentos de suicidio, consumo de alcohol, consumo de drogas, consumo de tabaco, falta de prevención en conductas sexuales, violencia verbal y física, presencia de traumatismos, obesidad,

sedentarismo o baja actividad física y hábitos alimentarios poco saludables (escaso consumo de frutas y verduras), (Ver tabla 14) .

El procedimiento estadístico de este punto se hizo en primera instancia una tabla de contingencia y luego se usó la prueba chi cuadrado para evaluar si había diferencia en la presencia o no de riesgo entre ambas poblaciones. Así también se utilizó el tamaño del efecto en las diferencias que arrojaba un resultado estadísticamente significativo.

Tabla 14
Comparación de los factores de riesgo entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico

Variables de Riesgo	Población escolar (n=438)	Población en tratamiento psicológico (n=81)
	Presencia de riesgo	Presencia de riesgo
Ideación e intentos de Suicidio	22,1 %	17,3 %
Consumo de Alcohol	65,3 %	43,2 %
Consumo de Drogas	15 %	23,8 %
Consumo de Tabaco	21,3 %	13,6 %
Prevención de conductas sexuales	17,7 %	3,7 %
Violencia	34,7 %	43,2 %
Escasa Actividad Física	71,7 %	82,7 %
Presencia de trauma	21,6 %	20 %
Obesidad	13,4 %	10,5 %
Hábitos Alimentarios	89,6 %	88,4 %

En un primer análisis, se pudo evidenciar que ambas poblaciones fueron semejantes en varios puntajes, aunque los porcentajes de presencia del factor de riesgo fueron mayores en la población escolar en comparación con la población en tratamiento psicológico.

En ideación e intentos de suicidio, la mayoría de los puntajes se distribuyeron dentro de la categoría ausencia de riesgo en ambas poblaciones. No obstante la población escolar a comparación de la población en tratamiento psicológico, presento un mayor nivel de ideación e intentos de suicidio. Por otro lado no se reportaron asociaciones significativas en ambas poblaciones en relación a la ideación e intentos de suicidio, $\chi^2=.96$, $gl= 1$, $p=.37$.

Dentro del variable consumo de alcohol fueron más heterogéneas las puntuaciones, dado que se observo un mayor porcentaje de ingesta de alcohol en la población escolar a comparación de la población en tratamiento psicológico, como también así un menor consumo de alcohol en la población en tratamiento psicológico. Por consiguiente, si se hallo una asociación significativa entre la población escolar y el consumo de alcohol, $\chi^2=14.16$, $gl=1$, $p<.01$. Siendo bajo el tamaño del efecto ($d=.33$)

Con respecto al consumo de drogas, fueron similares las frecuencias en ambas categorías. Aunque la población en tratamiento psicológico presento un mayor consumo de drogas a comparación de la población escolar. Sin embargo, no se hallaron asociaciones significativas entre de una u otra población en la variable consumo de drogas, $\chi^2=3.82$, $gl= 1$, $p=.07$.

En el consumo de tabaco, se pudo observar que fueron semejantes las puntuaciones en la ausencia de riesgo en el consumo de la sustancia, contando con mayor porcentaje de consumo la población escolar a diferencia de la población en tratamiento psicológico. En esta variable, no se encontraron asociaciones significativas entre el tipo de población y el consumo de tabaco, $\chi^2=2.54$, $gl=1$, $p=.13$

En la prevención de conductas sexuales, se noto una importante diferencia, ya que la población escolar presentó mayores conductas de riesgo a la hora de tener que cuidarse en las relaciones sexuales a comparación de la población en tratamiento psicológico. Asimismo, la muestra escolar se asoció de forma significativa a falta de prevención en sus conductas sexuales, $\chi^2=10.20$, $gl= 1$, $p<.01$. Siendo bajo el tamaño del efecto ($d=.28$)

En lo que respecta a la violencia, si bien fueron similares las puntuaciones, se noto que la muestra población en tratamiento psicológico evidenció mayores niveles de conductas agresivas a diferencia de la población escolar. No obstante, no se hallaron asociaciones significativas entre el tipo de población y la presencia de violencia, $\chi^2=2.15$, $gl=1$, $p = .16$.

En la variable actividad física, las puntuaciones entre la muestra población en tratamiento psicológico y la muestra escolar fueron heterogéneas, siendo la población escolar la que presentó mayores valores de hábitos deportivos a diferencia de la población en tratamiento psicológico que tuvo mayores niveles de sedentarismo. En consecuencia, se halló una asociación significativa entre la falta de actividad física con la población en tratamiento psicológico, $\chi^2=4.28$, $gl=1$, $p =.04$. Siendo bajo tamaño del efecto ($d=.18$)

En cuanto a la vivencia de experiencias traumáticas, fueron casi idénticas las frecuencias en ambas poblaciones, siendo la población escolar, la que por una leve diferencia, contó con mayores experiencias traumáticas. Asimismo no se halló una asociación significativa entre el tipo de población y la vivencia de experiencias traumáticas, $\chi^2=.10$, $gl=1$, $p =.88$

En la variable obesidad, existió una homogeneidad de frecuencias y puntuaciones muy similares en ambas poblaciones. A pesar de dichos resultados, la población escolar presentó mayores niveles de sobrepeso a comparación de la población en tratamiento

psicológico. En otro nivel de análisis, no se encontraron asociaciones significativas entre la obesidad y el tipo de población, $\chi^2=.35$, $gl=1$, $p=.55$.

Por último, con respecto a los hábitos alimentarios fueron muy semejantes las puntuaciones en todas las frecuencias ya sea con presencia o ausencia de riesgo. Sin embargo la población en tratamiento psicológico presentó mayores niveles de hábitos alimentarios deficitarios a comparación de la población escolar. Por otro lado, nose halló que las variables: hábitos alimentarios esté asociada al tipo de población, $\chi^2=.002$, $gl=1$, $p=.96$.

7.3 Determinación del poder predictivo del florecimiento sobre variables positivas, variables negativas, académicas e IMC a los 6 y 12 meses de la primera toma de datos en adolescentes de la población escolar

En una primera instancia se evaluó el nivel predictivo que tiene el flourishing en dos periodos temporales (6 y 12 meses) sobre variables de riesgo, variables relacionadas rendimiento escolar, variables positivas e IMC de la población escolar en adolescentes que reside en C.A.B.A y Provincia de Buenos Aires.

A nivel estadístico se utilizaron regresiones lineales con método Enter para determinar el poder predictivo del florecimiento a los 6 meses y 12 meses de las variables desarrolladas. El florecimiento (1 = florecimiento; 0 = no florecimiento) se utilizó como variable independiente y el sexo de los participantes una covariable. El predictor florecimiento se conformó en base la clasificación de florecimiento del T0: aquellos adolescentes clasificados con salud mental floreciente integraron el grupo de florecimiento en tanto que aquellos que tenían salud mental moderada o languidecimiento el grupo de no florecimiento. Como variables dependientes se utilizaron las variables positivas, psicopatológicas, académicas e IMC mencionadas anteriormente.

Se incluyó la variable sexo en la regresión ya que, en numerosos estudios sobre factores de riesgo, se encontró que las mujeres tienen mayores índices de suicidio (OMS, 2014), padecen hechos de violencia de forma más frecuente (Chaib, Orton, Steels, & Ratsela, 2013). Como así también es más frecuente la presencia de síntomas depresivos (variables psicopatológicas), conductas alimentarias deficitarias (Zamora, Del Campo Rayas, Montes, González, & Betancourt, 2019) y presencia de síntomas psicopatológicos (Carrasco, Moral, Ciccotelli & Del Barrio, 2003).

7.3.1 Predicción del florecimiento sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC en población escolar a los 6 meses de la primera toma de datos.

Se evaluó el poder predictivo del florecimiento sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos correspondientes a la población escolar adolescente de Provincia de Buenos Aires y C.A.B.A.

Las variables positivas fueron: experiencia óptima total, logro y respuesta positiva del flow, calidad afectiva y activación cognitiva del flow, satisfacción con la vida y satisfacción en diferentes áreas vitales. Las variables negativas fueron: total de riesgo e índice general de malestar. Las variables académicas fueron: ausentismo y promedio de calificaciones. Asimismo se evaluó el IMC (ver tabla 15).

Tabla 15

Predicción del florecimiento sobre variables positivas, negativas, rendimiento académico e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos

Variables dependientes	R2 corregida	F	p	Predictores			
				Florecimiento β		Sexo β	p
Variables Positivas							
Experiencia óptima total	.05	10.70	.00	.24	.00	.03	.96
Logro y respuesta positiva del flow	.08	15.63	.00	.28	.00	-.04	.44
Calidad afectiva y activación cognitiva del flow	.03	6.40	.02	.19	.00	.02	.67
Satisfacción con la vida	.12	30.01	.00	.34	.00	-.07	.13
Satisfacción en diferentes áreas vitales	.15	36.35	.00	.39	.00	-.02	.66
Variables Negativas							
Índice general de malestar	.05	13.60	.00	-.20	.00	.11	.02
Total de riesgo	.01	2.59	.07				
Rendimiento académico							
Ausentismo	-.004	.21	.80				
Promedio de calificaciones	.01	3.59	.02	.05	.26	.12	.01
IMC	.01	2.63	.07				

El análisis de las variables positivas permitió establecer la presencia de un modelo significativo ($p=.00$) para predecir la variable experiencia óptima total solo en un 5 %.

Asimismo, se obtuvo un modelo significativo para predecir el logro y respuesta positiva del flow ($p=.00$), así como la calidad afectiva y activación cognitiva del flow ($p=.02$). Sin embargo, conviene notar que el segundo modelo mencionado es el que más explica la varianza de la variable dependiente en un 8 %. En tanto que en el tercer modelo el valor de R^2 corregido es ínfimo (3%). Debe destacarse que el único predictor significativo en ambos modelos resultó ser el florecimiento.

Por otro lado dentro del grupo de variables positivas, los modelos que resultaron más significativos fueron aquellos predijeron la satisfacción con la vida ($p=.00$) y la satisfacción con diferentes áreas vitales ($p=.00$). El modelo logró explicar entre un 12% y un 15% la varianza de las variables dependientes indicadas, siendo el florecimiento el único predictor significativo.

En lo que refiere a las variables negativas, se halló un modelo significativo ($p=.00$) para predecir el índice de malestar general. Sin embargo puede considerarse que el modelo tiene un bajo nivel de predicción ya que sólo explica el 5% de la varianza, siendo el florecimiento el único predictor significativo de las variables negativas mencionadas. Contrariamente, no se encontró un modelo significativo para predecir la variable total de riesgo ($p=.07$).

En cuanto a las variables académicas, el modelo resultó significativo solo para predecir el promedio de calificaciones, siendo el sexo el único predictor significativo ($p=.02$). Vale destacar que no se encontró un modelo significativo para predecir el ausentismo ($p=.80$).

7.3.2 Predicción del Florecimiento sobre variables positivas, negativas, rendimiento académico e IMC en población escolar a los 12 meses de la primera toma de datos

Se evaluó el poder predictivo del florecimiento sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC a los 12 meses de la primera toma de datos en población escolar adolescente de Provincia de Buenos Aires y C.A.B.A. (Ver tabla 16). En cuanto al procedimiento estadístico se utilizó el mismo proceso de análisis de datos que se implementó en el apartado anterior.

Tabla 16

Predicción del florecimiento sobre variables positivas, negativas, rendimiento académico e IMC a los 12 meses de la primera toma de datos

Variables dependientes	R ² corregida	F	p	Predictores			
				Florecimiento		Sexo	
				β	p	β	p
Variables Positivas							
Experiencia óptima total	.01	2.91	.06				
Logro y respuesta positiva del flow	.06	9.03	.00	.26	.00	.30	.62
Calidad afectiva y activación cognitiva del flow	.01	1.68	.18				
Satisfacción con la vida	.10	19.88	.00	.32	.00	-.05	.35
Satisfacción en diferentes áreas vitales	.11	21.06	.00	.32	.00	-.08	.10
Variables Negativas							
Índice general de malestar	.06	12.24	.00	-.20	.00	.15	.006
Total de riesgo	.01	2.22	.11				
Rendimiento académico							
Ausentismo	.008	2.30	.10				
Promedio de calificaciones	.02	5.20	.006	-.03	.46	-.16	.003
IMC	.001	1.13	.32				

En la tabla 16 se observa que no se encontró un modelo significativo para predecir las siguientes variables: experiencia optima total ($p=.06$), calidad afectiva y activación cognitiva del flow ($p=.18$), total de riesgo ($p=.11$), ausentismo ($p=.10$) e IMC ($p=.32$).

En relación a las variables positivas, se obtuvo un modelo significativo ($p<.00$) que predice a la satisfacción con la vida ($\beta=.32$), la satisfacción en diferentes áreas vitales ($\beta=.32$) y el logro y respuesta positiva del flow ($\beta=.26$). En las dos primeras variables mencionadas, el modelo predice entre un 10 % y un 11% la varianza de las variables dependientes desarrolladas, mientras que para el logro y la respuesta positiva del flow, fue solo un 6 %. Por

otro lado, el florecimiento resultó ser el único predictor significativo dentro de los modelos desarrollados.

En las variables negativas solo se encontró un modelo significativo ($p=.00$) para predecir el índice general de malestar, aunque la varianza explicada fue apenas de un 6 %. Es importante decir que en este caso la relación entre las variables fue negativa, lo que se interpreta en el sentido de que a mayor presencia de florecimiento menor era el índice general de malestar.

Por último, y en relación a las variables académicas, solo se encontró un modelo significativo ($p=.006$) para predecir al promedio de calificaciones, a saber, el sexo ($\beta = -.16$). No obstante, el modelo sólo explicó un 2% de la varianza de la variable (R^2 corregido=.02).

7.3.3 Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos en la población escolar.

Se evaluó el nivel predictivo del bienestar total -compuesto por el bienestar social, bienestar psicológico y bienestar emocional- sobre las variables positivas, negativas , académicas e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos en población juvenil de C.A.B.A. y la provincia de Buenos Aires (ver tabla 17).

El análisis del bienestar total se realizó como una medida complementaria y general del nivel de florecimiento de tales alumnos. El bienestar total se caracteriza por ser una variable escalar compuesta por tres dimensiones- bienestar social, bienestar psicológico y bienestar emocional-, permitiendo determinar el nivel general de salud mental que posee cada uno de los adolescentes evaluados. En cambio, el florecimiento es una variable dicotómica, que evalúa la presencia o ausencia del nivel óptimo de salud mental.

Otro aspecto importante en el análisis donde se utilizó el bienestar total como predictor es que este muestra un mayor porcentaje de varianza explicada en las variables dependientes, a diferencia del poder explicativo del florecimiento. En parte esto se debe a que el bienestar total es una variable continua y el florecimiento es dicotómica, es decir, esto se debe a una razón estadística. Asimismo, la variable bienestar total implica una conceptualización más amplia del bienestar que la simple categorización en presencia o ausencia del estado óptimo de salud mental.

El procedimiento estadístico consistió en la aplicación de una serie de regresiones lineales con método Enter cuyo predictor fue el bienestar total, considerándose al sexo de los participantes como una covariable. Las variables dependientes estaban conformadas por las variables positivas, negativas, académicas e IMC tal como se mencionó anteriormente.

Se entiende por variables positivas: la experiencia óptima total, el logro y la respuesta positiva del flow, la calidad afectiva y activación cognitiva del flow, la satisfacción con la vida y la satisfacción con diferentes áreas vitales. Las variables negativas son el total de riesgo y el índice general de malestar. Las variables académicas comprenden el ausentismo y el promedio académico.

Tabla 17

Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, académicas e IMC a los 6 meses de la primera toma de datos

Variables dependientes	R ² corregida	F	p	Predictores			
				Bienestar total		Sexo	
				B	p	B	p
Variables Positivas							
Experiencia optima total	.10	18.73	.00	.33	.00	.51	.35
Logro y respuesta positiva del flow	.12	23.08	.00	.35	.00	-.01	.79
Calidad afectiva y activación cognitiva del flow	.07	13.12	.00	.28	.00	.08	.15
Satisfacción con la vida	.26	69.35	.00	.51	.00	-.03	.44
Satisfacción en diferentes áreas vitales	.32	90.84	.00	.57	.00	.02	.56
Variables Negativas							
Índice general de malestar	.12	28.08	.00	-.33	.00	.08	.08
Total de riesgo	.05	8.03	.00	-.24	.00	-.004	.95
Rendimiento académico							
Ausentismo	-.005	.14	.86				
Promedio de calificaciones	.02	6.73	.00	.13	.01	.16	.00
IMC	.01	2.24	.10				

Respecto al análisis de las variables positivas se encontró un modelo significativo que predijo la experiencia optima total, al logro y respuesta positiva del flow así como a la calidad afectiva y activación cognitiva del flow, siendo el bienestar total el único predictor significativo ($p < .00$).

Asimismo, el modelo en cuestión fue capaz de explicar a la varianza de la experiencia óptima total en un 10 %, mientras que explico en un 12% la varianza a la segunda variable

mencionada. En lo que respecta a la calidad afectiva y activación cognitiva del flow solo el bienestar total pudo predecir el 7 % de dicha variable.

Siguiendo con el análisis de las variables positivas, aquellas que mejor predijo el modelo ($p=.00$) fueron: satisfacción con diferentes áreas vitales ($\beta=.57$) y la satisfacción con la vida ($\beta=.51$), quedando explicada el 32 % la varianza en la primera variable mencionada y el 26 % en la segunda. En ambos modelos, el bienestar total resultó ser el único predictor significativo.

Dentro de las variables negativas se obtuvo un modelo significativo para predecir tanto al índice general de malestar ($p<.00$), como al total de riesgo ($p<.00$). Siendo el bienestar total el único predictor significativo en ambos modelos. Con respecto a la primera variable negativa, el bienestar total explicó el 12 % de la varianza. Luego se observa que hubo una relación negativa entre el índice general de malestar ($\beta= -.33$). Por otro lado en el total de riesgo el bienestar total solo explicó el 5 % de la varianza, siendo negativa la relación entre dichas variables ($\beta= -.24$).

Por último, en relación a las variables académica se halló un modelo significativo que permitió predecir el promedio de calificaciones, aunque con un porcentaje casi nulo de varianza (R^2 corregido= .02). También es importante considerar que solo el sexo resultó un predictor significativo ($p=.00$) en el promedio de las calificaciones.

7.3.4 Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, rendimiento escolar e IMC a los 12 meses de la primera toma de datos de la población escolar

Se tuvo en cuenta a los 12 meses de la primera toma de datos en la población juvenil de C.A.B.A. y la provincia de Buenos Aires el nivel predictivo del bienestar total el cual se compone de -bienestar social , bienestar psicológico y bienestar emocional- sobre las

variables positivas, negativas, rendimiento académico e IMC (ver tabla 18). En cuanto al procedimiento estadístico se utilizó el mismo proceso de análisis de datos referido en el apartado anterior.

Tabla 18

Predicción del bienestar total sobre variables positivas, negativas, rendimiento escolar e IMC a los 12 meses de la primera toma de datos en población escolar

Variables dependientes	R ² corregida	F	p	Predictores			
				Bienestar total		Sexo	
				β	p	B	p
Variables positivas							
Experiencia óptima total	.05	7.13	.01	.24	.00	.10	.11
Logro y respuesta positiva del flow	.11	15.98	.00	.35	.00	.05	.40
Calidad afectiva y activación cognitiva del flow	.01	2.97	.05	.14	.03	.11	.09
Satisfacción con la vida	.19	36.93	.00	.44	.00	.04	.94
Satisfacción en diferentes áreas vitales	.20	38.65	.00	.44	.00	-.05	.30
Variables negativas							
Índice general de malestar	.12	23.36	.00	-.31	.00	.14	.01
Total de riesgo	.05	5.65	.04	-.23	.00	-.025	.71
Rendimiento académico							
Ausentismo	-.005	.34	.71				
Promedio de calificaciones	.03	5.28	.00	.07	.21	.18	.00
IMC	-.004	.49	.61				

Dentro de las variables positivas se halló un modelo significativo para predecir la satisfacción en diferentes áreas vitales ($p=.00$), la satisfacción con la vida ($p=.00$), la experiencia optima total ($p<.01$) el logro y respuesta positiva del flow, siendo el bienestar total el único predictor significativo de todas las variables dependientes nombradas.

En el caso de la satisfacción en diferentes áreas vitales la satisfacción con la vida, la varianza explicada fue entre el 19 % y 20 %. Para la experiencia óptima total la varianza

explicada fue solo del 5 %, mientras para el logro y respuesta positiva del flow la varianza explicada fue del 11 %.

En relación a las variables negativas el modelo predijo al índice general de malestar ($p < .04$) y al total de riesgo ($p = .00$). La capacidad predictiva del modelo fue del 12 % para la primer variable y solo del 5 % para la segunda variable, existiendo en ambos casos una relación negativa con el bienestar total ($\beta = -.31, \beta = -.23$).

En lo referente a las variables académicas, solo se obtuvo un modelo de predicción significativo ($p = .00$) para el promedio de calificaciones, aunque el modelo sólo explico un 2 % de la varianza de dicha variable, siendo el sexo el único predictor significativo.

7.3.5 Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 6 meses de la primera toma de datos en la población adolescente

Se evaluó el nivel predictivo del florecimiento a los 6 meses de la primer toma (ver tabla 19) sobre las variables de riesgo dicotómicas: hábitos alimentarios deficitarios ,obesidad ,baja actividad física ,traumatismos/lesiones ,violencia , falta de protección en las relaciones sexuales ,consumo de tabaco ,consumo de drogas ,consumo de alcohol , intentos de suicidio y presencia de malestar psicológico de los adolescentes escolarizados ($n = 522$) de la Provincia de Buenos Aires y C.A.B.A.

El procedimiento estadístico utilizado para dicho objetivo consistió de la aplicación de una serie de regresiones logísticas con método Enter, en las que el Florecimiento (1= florecimiento; 0 =no florecimiento) se utilizó como variable independiente y el sexo de los participantes como covariable.

La variable predictora florecimiento se conformó en base a la clasificación de florecimiento del T0: aquellos adolescentes clasificados con salud mental floreciente integraron el grupo de florecimiento, en tanto que aquellos que tenían salud mental moderada o languidecimiento el grupo de no florecimiento. Como variable dependiente se utilizó la presencia o ausencia de cada uno de los factores de riesgo evaluados por la Encuesta de Salud Escolar en la T2 (a los 6 meses) , como así también se tuvo en cuenta la presencia o ausencia de malestar psicológico que se evaluada mediante la escala SCL-90 en la T2 y en el T3 (a los 12 meses).

Tabla 19

Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 6 meses de la primera toma de datos en población escolar.

primera toma de datos en población escolar.								
Variables dependientes		Variables predictoras						
Variables de riesgo específicas	Florecimiento				Sexo			
	X ²	p	β	Exp B	p	β	Exp B	p
Hábitos Alimentarios deficitarios	6.93	.03	-.77	.46	.01			.45
Obesidad	.52	.76						
Baja actividad física	2.84	.24						
Traumatismos/lesiones	4.15	.04	.50	1.65	.04			.31
Violencia	14.6	.00	-.68	.50	.01	.70	2.02	.02
Falta de protección en las relaciones sexuales	.01	.99						
Consumo de tabaco	12.17	.00	-1.04	.35	.01			.64
Consumo de drogas	3.46	.17						
Consumo de alcohol	2.20	.33						
Intentos de suicidio	8.78	.01			.06	-.65	.51	.03
Malestar psicológico	14.25	.00	-1.14	.31	.01			.91

De acuerdo a los datos observados en la tabla 18, el modelo de regresión logística resultó significativo para las siguientes variables de riesgo específicas: hábitos alimentarios

deficitarios ($p < .01$), traumatismo y lesiones ($p < .04$), violencia ($p < .01$), consumo de tabaco ($p < .01$), intentos de suicidio ($p < .03$) y presencia de malestar psicológico ($p < .01$).

En relación a los predictores del modelo, solo el florecimiento pudo predecir de forma significativa a los hábitos alimentarios deficitarios ($\text{Exp}\beta = .46$), consumo de tabaco ($\text{Exp}\beta = .35$), traumatismo y lesiones ($\text{Exp}\beta = 1.65$) y presencia de malestar psicológico ($\text{Exp}\beta = .31$). Por otra parte, el sexo resultó ser el único predictor significativo para los intentos de suicidio ($\text{Exp}\beta = .51$). En el caso de la violencia, si bien ambos predictores fueron significativos, el sexo tuvo un mayor peso en predecir la varianza de dicha variable ($\text{Exp}\beta_{\text{sexo}} = 2.02$ vs $\text{Exp}\beta_{\text{florecimiento}} = .50$).

Por otro lado, se constató que a los 6 meses de la primera toma de datos un alto nivel de florecimiento reduce un 54% el riesgo por mala alimentación -pocas frutas y verduras- ($\text{Exp}\beta = .46$). A su vez, tuvieron en un 65 % menores probabilidades de consumo de tabaco ($\text{Exp}\beta = .35$) y en un 68 % la posibilidad de tener un trastorno psicopatológico (IGS categorial) ($\text{Exp}\beta = -1.14$). Por otro lado, llama la atención que el florecimiento aumenta un 65% la posibilidad de traumatismo o lesiones serias ($\text{Exp}\beta = 1.65$). Asimismo, el hecho de ser mujer aumenta un 51 % la posibilidad de tener ideación o intentos de suicidio ($\text{Exp}\beta = .51$), aunque el florecimiento no resulte aquí ser un predictor significativo ($p < .06$).

Por último, los casos de violencia -practicarla o haber sido víctima de ella- aumenta un 100% en el sexo masculino, en otras palabras, los hombres tienen 2 veces más de posibilidad que las mujeres de estar ante este tipo de situación ($\text{Exp}\beta = 2.02$). Además, debe advertirse que el florecimiento reduce en un 50 % la posibilidad de ocurrencia de este factor ($\text{Exp}\beta = .50$). En el resto de los factores de riesgo tanto el sexo como el florecimiento no fueron predictores significativos.

7.3.6 Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 12 meses de la primera toma de datos en la población adolescente

En el presente apartado se estudió el nivel predictivo del florecimiento a los 12 meses de la primera toma de datos sobre las variables de riesgo específicas desarrolladas en el punto anterior (ver tabla 20). El procedimiento estadístico empleado fue el mismo que se aplicó para el análisis de la segunda toma de datos.

Tabla 20
Predicción del florecimiento sobre variables de riesgo específicas a los 12 meses de la primera toma de datos en población escolar

Variables dependientes			Variables predictoras					
Variables de riesgo específicas			Florecimiento			Sexo		
	X ²	P	β	Exp B	p	β	Exp B	p
Hábitos alimentarios deficitarios	3.32	.19						
Obesidad	2.43	.29						
Baja actividad física	2.61	.27						
Traumatismos/lesiones	1.74	.41						
Violencia	3.50	.17						
Falta de protección en las relaciones sexuales	1.04	.59						
Consumo de tabaco	7.96	.01	-.88	.41	.01			.96
Consumo de drogas	1.89	.38						
Consumo de alcohol	3.50	.17						
Intentos de suicidio	6.18	.04	-.90	.40	.02			.31
Malestar psicológico	7.06	.02	-.98	.41	.01			.73

Un año después de la primera toma de datos, se encontró un modelo de regresión logística significativo para predecir el consumo de tabaco ($p < .01$), los intentos de suicidio ($p < .02$) y la presencia de malestar psicológico ($p < .01$), siendo el florecimiento el único predictor significativo para las variables de riesgo específicas mencionadas.

En cuanto a la primer variable dependiente, el florecimiento reduce en un 59 % ($\text{Exp}\beta = .49$) la posibilidad de consumir tabaco a los 12 meses de la primera toma de datos. También dicho predictor reduce en un 60 % ($\text{Exp}\beta = .40$) la posibilidad de suicidio -el sexo no es relevante aquí, como sí lo era a los 6 meses de primera toma de datos-. Por último, el florecimiento reduce en un 59 % ($\text{Exp}\beta = .49$) la probabilidad de tener un malestar psicológico.

7.4 Asociación de los tipos de bienestar con factores de riesgo y factores protectores en la población en tratamiento psicológico

En el presente apartado se evalúa la asociación entre los tipos de bienestar –emocional, social y psicológico- con factores de riesgo y factores protectores en la población adolescente de CABA y Provincia de Buenos Aires, ($n=82$), (ver tabla 20).

Los factores de riesgo están compuestos por las variables: síntomas psicopatológicos totales, totalidad de síntomas positivos, índices de severidad global y positiva de malestar y factores de riesgo total. Esta última variable se conformó al sumar la cantidad de factores de riesgo para adolescentes de la OMS que estaban presentes en cada participante. Es decir, se consideró que la presencia de un factor era igual a 1 y su ausencia era igual a 0.

Se sumaron los distintos factores: Ideación o intentos de Suicidio, consumo de alcohol, consumo de drogas, consumo de tabaco, falta de prevención en conductas sexuales, violencia verbal, violencia física, presencia de trauma, obesidad y hábitos alimentarios, y esto dio lugar a una puntuación total de factores de riesgo con un rango de puntuación de 0-10. Por otro lado, los factores protectores están comprendidos por las variables: experiencia optima: (calidad afectiva y activación cognitiva; logro y retroalimentación positiva), satisfacción con la vida y satisfacción con diferentes áreas vitales.

El procedimiento estadístico utilizado es una correlación de r de Pearson para probar la asociación entre las variables estudiadas en la población en tratamiento psicológico.

7.4.1 Relacion del bienestar con los factores de riesgo

Se analiza la correlación de Pearson entre los tipos de bienestar –emocional, social y psicológico- con los siguientes factores de riesgo: síntomas psicopatológicos, totalidad de síntomas positivos, índice positivo de malestar, índice de severidad global y factores de riesgo total (tabla 21).

Tabla 21

Correlación de Pearson entre los tipos de Bienestar con los Factores de Riesgo

Factores de Riesgo	B.Emocional	B.Social	B.Psicológico	B.Total
Síntomas Psicopatologicos	-.56**	-.39**	-.51**	-.55**
Totalidad de Sintomas Positivos	-.46**	-.32**	-.48**	-.48**
I.Positivo de Malestar	-.35*	-.16	-.19	-.26*
I.Severidad Global	-.51**	-.37**	-.56**	-.56**
Factores de Riesgo Total	-.31*	-.27	-.40**	-.36*

** La correlacion es significativa a nivel=.01 * La correlacion es significativa a nivel= .05

Se evidencia en la tabla 20 que existen numerosas correlaciones significativas entre todas las variables. En primer lugar se hace una analisis de la correlacion de los tipos de bienestar con los factores de riesgo y los factores protectores (tabla 21).

Se observa que las asociaciones son negativas con todos los tipos de bienestar, lo que puede interpretarse como una tendencia en la que a mayores niveles de factores de riesgo menores son los niveles de bienestar. Las correelaciones de mayor intensidad, por un lado, los sintomas psicopatologicos totales con el bienestar emocional ($r=-.56$, $p<.01$) y, por el otro, el indice de severidad global tanto con el bienestar psicologico ($r=-.56$, $p<.01$) como

con el bienestar total ($r=-.56$, $p<.01$). Por el contrario, las correlaciones de menor intensidad o más débiles fueron el índice positivo de malestar con el bienestar social ($r=-.16$, $p=.21$) y el bienestar psicológico ($r=-.19$, $p=.13$). En términos generales, las correlaciones entre los tipos de bienestar y los factores de riesgo tienen un tamaño de efecto de moderado a grande, con excepción del Índice Positivo de Malestar que presenta asociaciones leves a moderadas.

7.4.2 Correlacion de Pearson entre los tipos de Bienestar y los factores protectores de la salud mental

Se efectuó una correlación entre los tipos de bienestar con los factores protectores que están conformados por: la experiencia óptima, la satisfacción con la vida y satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales (tabla 22).

Tabla 22
Correlación de Pearson entre los Factores Protectores y los tipos de Bienestar

Factores Protectores	B.Emocional	B.Social	B.Psicológico	B.Total
Experiencia óptima	.30*	.17	.33**	.30*
C. afectiva y a. cognitiva	.25*	.15	.30*	.27*
Logro y r. positiva	.30*	.20	.27*	.30*
Satisfacción con la vida	.58**	.45**	.65**	.65**
Satisfacción en diferentes áreas vitales	.42**	.56**	.68**	.68**

** La correlación es significativa a nivel=.01 * La correlación es significativa a nivel=.05

Se puede apreciar en la tabla 22 que las correlaciones son positivas y significativas entre la satisfacción con la vida y los tres tipos de bienestar, lo mismo que entre estos y la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales.

Como así también hay correlaciones significativas entre la experiencia optima total y el bienestar emocional, psicológico y total. Con respecto a la calidad afectiva y la activación cognitiva hay nuevamente correlaciones significativas con los tres tipos de bienestar menos con el bienestar social, lo mismo ocurre entre el logro y la respuesta positiva. Las correlaciones de mayor intensidad y con tamaño de efecto grande se registraron entre la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales y el bienestar psicológico ($r = .68, p < .01$) y entre aquel factor protector y el bienestar total ($r = .68, p < .01$).

A su vez, cabe destacar la presencia de asociaciones significativas y positivas de nivel moderado entre la satisfacción con la vida y el bienestar emocional ($r = .58, p < .01$), así como entre dicha variable y el bienestar social ($r = .45, p < .01$). Correlaciones semejantes se pueden observar entre la satisfacción en diferentes áreas vitales y el bienestar emocional ($r = .42, p < .01$), así como entre aquella variable y el bienestar social ($r = .56, p < .01$).

Lo mismo ocurre con respecto a asociaciones significativas de nivel moderado entre la experiencia óptima total con el bienestar emocional ($r = .30, p < 0.5$), el bienestar psicológico ($r = .33, p < .01$) y el bienestar total ($r = .30, p < 0.5$). Seguido por el logro y respuesta positiva con el bienestar emocional ($r = .30, p < .05$), el bienestar psicológico ($r = .27, p < .05$) y el bienestar total ($r = .30, p < .05$) y el bienestar psicológico con la calidad afectiva y la activación cognitiva ($r = .30, p < .05$).

Por ultimo con asociaciones significativas pero de nivel moderado a bajo se puede observar en la tabla 22 a la calidad afectiva del flow con el bienestar total ($r=.27$, $p<.05$) y con el bienestar emocional ($r=.25$, $p<.05$).

8.Discusión

A continuación se analizan los resultados de este trabajo a la luz del marco teórico adoptado y las evidencias reportadas por otros estudios que han abordado la misma problemática. La discusión entre los propios hallazgos y las principales conclusiones de las investigaciones similares se realizará conforme el orden de objetivos planteados en el aparatado metodológico.

De acuerdo al primer objetivo específico de esta tesis, a saber, “describir los niveles de prevalencia del florecimiento en población escolar y en población en tratamiento psicológico de adolescentes de la Provincia de Buenos Aires y CABA”, los resultados de florecimiento obtenidos tanto en población escolar (29 %) como en la población en tratamiento psicológico (31,6 %) se encuentran en una posición notoriamente por debajo de los valores hallados para esta misma variable en países desarrollados y emergentes, donde los niveles de florecimiento superan el 40%. Entre esos países pueden mencionarse: India (Singh et al, 2015), Portugal (Nabais, 2012), EEUU (Keyes, 2006b), Australia (Vennig, et al , 2013; Skrzypiec, et al , 2016) y Canadá (Afifi et al., 2016).

Existen estudios que han relacionado de manera positiva el producto bruto interno (PBI) con los niveles de florecimiento en población adulta del continente europeo, posicionándose en los primeros lugares países tales como Portugal, Suecia y Dinamarca (Robinson & Žukauskienė, 2017). Para reforzar dicha evidencia vale decir también que aquellos países que cuentan con bajos niveles de PBI presentan al mismo tiempo bajos niveles de florecimiento, tales los casos de Ucrania, Rumania y Eslovaquia, entre otros países del continente europeo (Robinson & Žukauskienė, 2017).

Por otra parte, los resultados de florecimiento obtenidos por la población local estudiada se encuentran por encima de los obtenidos por poblaciones de adolescentes en países como Egipto (Salama-Younes, 2011), Sudáfrica (Van Zyl&Rothmann, 2012) y Corea del Sur (Lim Y, 2013), donde los niveles de florecimiento no superan el 23%. Estos datos muestran que los adolescentes argentinos poseen un nivel de florecimiento moderado-bajo si se los interpreta a la luz del perfil socio demográfico de los adolescentes en viven en países desarrollados o emergentes. Debe destacarse que este es el primer estudio en Latinoamérica sobre florecimiento en adolescentes.

Respecto a la relación entre florecimiento y edad, algunos autores han determinado que tales variables correlacionan negativamente, es decir, a medida que aumenta la edad de los adolescentes disminuye en ellos la prevalencia de florecimiento (Keyes, 2006b, Lim, Ko, Shin, & Cho, 2013). Sin embargo, en este trabajo no ha sido posible ratificar dicha evidencia, pues no se encontraron diferencias significativas de florecimiento entre los grupos etarios en que fue dividida la muestra escolar analizada.

Sin embargo, se halló que había diferencias significativas de salud mental completa entre los grupos etarios en que se dividió la muestra escolar. Así, pues, los adolescentes de 12 a 15 años tenían mayores niveles de salud mental moderada con malestar psicológico y languidecimiento con malestar psicológico que los adolescentes de 16 a 19 años. Tales datos son congruentes con los valores reportados por Singh et al. (2015) para la salud mental y el malestar psicológico en población de adolescentes de 12 a 19 años, pues allí se constató que el subgrupo de adolescente de 12 a 14 años tenían mayores síntomas de ansiedad, depresión y estrés a comparación del subgrupo de 15 a 19 años.

Asimismo, entre los grupos de adolescentes que formaron parte de este trabajo se detectó que había diferencias significativas respecto a la categoría florecimiento con malestar

psicológico, pero en este caso los adolescentes de mayor edad (16 a 19 años) obtuvieron mejores puntuaciones que el grupo de 12 a 15 años. En esta dirección apuntan también los resultados de Keyes y Cartwright (2014) quienes constataron que el malestar mental correlacionaba negativamente con el aumento de edad entre los adolescentes, en tanto que entre el florecimiento y la edad existía una correlación positiva. En otras palabras, encontraron que a mayor edad de los participantes disminuían sus síntomas psicopatológicos y aumentaba su nivel de florecimiento.

Lo dicho puede interpretarse en el sentido de que la edad de los adolescentes incide en la búsqueda y aplicación de estrategias de afrontamiento y de regulación emocional. No es análogo el modo en que se comporta un pre-adolescente o púber que alguien que ya se encuentra transitando la adolescencia. A su vez, no es difícil conjeturar que en la pubertad hay mayor reactividad o sensibilidad emocional debido a los cambios hormonales y estructurales de su organismo (Gomar, Mandil & Bunge, 2010) lo que podría explicar la presencia de mayores síntomas psicopatológicos y menor prevalencia de florecimiento.

Siguiendo con el primer objetivo del trabajo, otro dato importante fue que en relación al género se encontraron diferencias significativas en la categoría florecimiento de la variable salud mental en población escolar, siendo dicha diferencia favorable para los varones, aunque con un tamaño de efecto pequeño.

A su vez, se registraron diferencias significativas en la variable salud mental completa dentro de la categoría florecimiento sin malestar psicológico, donde nuevamente los varones reportaron mayores porcentajes en dicha clasificación que las mujeres, pero siendo pequeño el tamaño del efecto en la diferencia señalada.

Tales resultados discrepan de los reportados por Keyes y Cartwright (2013) y Singh et al. (2015), quienes no encontraron diferencias significativas de salud mental completa según el género, aunque vale aclarar que aquella variable incluía un menor repertorio de síntomas psicopatológicos -solo depresión y ansiedad- que el amplio conjunto de síntomas considerados para la realización de nuestro trabajo, donde se siguió la escala SCL-90 (Casullo, 2004). Por lo tanto, las divergencias metodológicas nos previenen acerca de la necesidad de relativizar las comparaciones efectuadas.

En relación al segundo objetivo, se había hipotetizado que los niveles de florecimiento, flow, satisfacción con la vida y satisfacción con la vida en distintas áreas vitales serían mayores en la población escolar que en la población en tratamiento psicológico; en tanto que los síntomas psicopatológicos y factores de riesgo serían menores entre aquella población escolar y esta. Tal hipótesis que recoge tanto variables positivas como negativas de salud mental en población adolescente, se cumplió parcialmente, de acuerdo a lo que se explica a continuación.

En las variables positivas no se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras; por el contrario, se observó que los niveles de florecimiento, flow, satisfacción con la vida y satisfacción con la vida en distintas áreas vitales eran muy similares entre la población escolar y la población en tratamiento psicológico. Una posible interpretación de este fenómeno podría ser que los adolescentes de la población en tratamiento psicológico tenían puntuaciones similares a los adolescentes de la muestra escolar debido a la eficacia de los tratamientos psicológicos que estaban recibiendo al momento de la investigación. De hecho, tales tratamientos eran de tipo cognitivo conductual, teniendo como meta la mejoría sintomática en un tiempo relativamente breve (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

Un aspecto importante a destacar aquí que no existen estudios previos sobre variables positivas que comparen la población escolar con población en tratamiento psicológico, siendo el presente trabajo una novedad en dicha propuesta de investigación.

En relación a los síntomas psicopatológicos, solo se encontraron diferencias significativas entre ambas poblaciones respecto al índice positivo de malestar, siendo este superior en los adolescentes de la muestra población en tratamiento psicológico. Debe recordarse que este índice permite reconocer si las personas tienden a exagerar o minimizar los malestares que los aquejan (Casullo, 2004). Esto implica, por tanto, que los adolescentes en tratamiento expresaban más las situaciones de malestar vivenciadas, lo cual supone ventajas y desventajas. Por un lado, el terapeuta puede identificar más rápidamente los aspectos disfuncionales del paciente a tratar; por el otro, debe estar alerta para determinar si tales malestares son desmedidos, lo cual es lisamente señal de fingimiento.

Por otra parte, un dato importante que debe tenerse en cuenta para interpretar la falta de diferencias significativas entre ambas poblaciones respecto a la totalidad de los síntomas psicopatológicos como en cada agrupación sintomática- es que más de la mitad de los sujetos de la muestra población en tratamiento psicológico (55%, $n= 45$) se encontraban en fase media y final de tratamiento a la hora de completar las escalas asignadas durante la etapa de recolección de datos en campo. Este hecho refuerza nuevamente la idea de que los tratamientos recibidos ejercieron efectos saludables en tales pacientes, y por eso manifestaron síntomas psicopatológicos muy similares a los adolescentes de la población escolar.

En relación a otros factores de riesgo específicos, se hallaron diferencias significativas entre ambas poblaciones en cuanto al consumo de alcohol, falta de prevención en las conductas sexuales, falta de actividad física, en donde la población escolar presento mayores

niveles de dichas variables negativas a comparación de la población en tratamiento psicológico.

En relación a los resultados del tercer objetivo, en cuya hipótesis se afirmaba que “el florecimiento era un predictor de bajos niveles de síntomas psicopatológicos, buen rendimiento académico, bajos niveles de factores de riesgo, altos niveles de flow y alta satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales en la población escolar”, se deben discutir los resultados hallados en función del tiempo transcurrido desde la primera toma de datos.

En primer lugar el modelo del factor dual tuvo un bajo poder predictivo para verificar algunas hipótesis propuestas en el presente estudio. Por dicho motivo a continuación se desarrollan justificaciones alternativas que podrían haber afectado la baja capacidad predictiva del florecimiento.

Dos posibles explicaciones a las inconsistencias y variabilidad de los datos hallados a los 6 y 12 meses, pueden ser en primer lugar los cambios abruptos propios en las áreas biológica, psicológica y social de la adolescencia. Siendo en sí misma una edad compleja de evaluar dado la gran cantidad de variables que intervienen en el desarrollo en la consolidación de la identidad de dicha franja etaria (Moral Jiménez & Ovejero Bernal, 2004).

En segundo lugar las tomas que se realizaron en 6 meses y 12 meses es probable que a mayor tiempo trascurrido de la primer toma menor sea el poder predictivo del florecimiento sobre las variables estudiadas, además se tiene que tener cuenta que fueron numerosas variables que el modelo intento predecir, siendo probablemente poco preciso dicho modelo ante tantas variables estudiadas (Núñez, Steyerberg, & Nuñez, 2011).

A los 6 meses de la primera toma de datos, los principales hallazgos de la investigación en relación a las variables positivas fueron que el florecimiento pudo predecir la satisfacción con la vida en un 12 %, la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales en un 15%, al logro y repuesta positiva del flow en un 8% y a la calidad afectiva y activación cognitiva en un 2%. En lo que respecta a las variables negativas el florecimiento solo pudo predecir al índice general de malestar en un 5%.

A los 12 meses de la primera toma de datos el florecimiento pudo predecir el logro y la respuesta positiva del flow en un 6%, la satisfacción con la vida en un 10% y la satisfacción con diferentes áreas vitales en un 11%. En lo referente a las variables negativas el florecimiento predijo nuevamente en un 6 % al índice general de malestar.

En primera instancia se puede observar que no hubo diferencias importantes en a los 6 y 12 meses de la primera toma en relación al poder predictivo del florecimiento. A su vez, en ambas etapas de la investigación, el florecimiento tuvo mayor poder predictivo de las variables positivas satisfacción con la vida y la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales. Esto se podría explicar debido a que el florecimiento y ambos tipos de satisfacción son variables positivas y, por tanto resulta esperable que tiendan a estar asociadas.

También se debe tener en cuenta que el constructo del florecimiento, dentro de la dimensión del bienestar psicológico incluye a la satisfacción con la vida y sería esperable que ambos constructos estén asociados de forma positiva y significativa a nivel estadístico, siendo este hallazgo coherente con otros trabajos que evaluaron la relación del modelo del factor dual con dicha variable positiva (Keyes, 2014; Schotanus-Dijkstra, et al, 2016).

Además, el florecimiento pudo haber tenido un menor poder predictivo de las variables de riesgo en comparación de las variables positivas, debido a que las variables negativas

dependen más de otros factores explicativos y no principalmente del florecimiento. De aquí que un modelo estadístico centrado en un alto nivel de salud mental resulte insuficiente y muy limitado para explicar la presencia de conductas delictivas, la promiscuidad sexual, el alcoholismo o el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras.

Así, por ejemplo, algunos estudios sobre alcoholismo en adolescentes afirman que esta conducta se explica principalmente a partir del tipo de vinculación que establece el adolescente con sus padres, el nivel de funcionalidad de la familia, el modo de relacionarse con el grupo de pares, las expectativas de vida vinculadas al desarrollo profesional/laboral (Orcasita, 2018).

Asimismo, otra variable de riesgo en los adolescentes como la promiscuidad en la vida sexual depende fundamentalmente de un grupo de factores tales como el inicio precoz de las relaciones sexuales, temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, poca habilidad de planificación familiar, pérdida de figuras familiares significativas, estrés y predominio del amor romántico (Favier Torres, Samón Leyva, Ruiz Juan & Franco Bona, 2018). Todos estos factores, por cierto, no fueron incluidos en nuestro modelo de análisis estadístico, que solo contemplaba el florecimiento y el sexo como co-variable.

La predicción del florecimiento sobre la satisfacción con la vida y de la satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales es coincidente con otros trabajos que arribaron a los mismos resultados en población adolescente, entre los cuales se encuentran los realizados por: Eklund et al. (2011); Van Zyl & Rothmann (2012); Lim (2013); Lim, Ko, Shin & Cho (2013); Singh & Junnarkar (2015).

En relación a la predicción del florecimiento sobre el flow, si bien no se encontraron investigaciones sobre ambas variables, el poder predictivo tanto del bienestar total como del florecimiento fueron bajos – por debajo del 12 %- a los 6 y 12 meses en la población escolar.

Otras variables que podrían explicar la varianza del flow según Mesurado (2010) pueden ser la mayor presencia de aburrimiento, ansiedad, irritabilidad, menores afectos positivos y tristeza dentro de los ámbitos educativos a comparación de otros contextos de la vida de los jóvenes.

La autora también agrega para que esté presente el flow, los jóvenes tienen que experimentar niveles de desafío razonables, compromiso con la tarea y presencia de motivación intrínseca a la hora de realizar actividades escolares. Por lo tanto teniendo en cuenta lo investigado por Mesurado (2010) es probable que dichos estados emocionales hallan interferido o impactado en los niveles de florecimiento y a su vez el poder predictivo de esta variable sobre el flow.

En lo que respecta a las variables negativas, se confirmó la hipótesis dado que el florecimiento predijo bajos niveles de síntomas psicopatológicos tanto a los 6 como a los 12 meses de la primera toma de datos en un 6 %.

Sin embargo, dichos autores encontraron mayores niveles de predicción del florecimiento sobre los síntomas psicopatológicos. Esto se puede deber a que en este estudio se tuvieron en cuenta numerosos grupos sintomáticos, a diferencia de los autores mencionados, que solo tomaron en cuenta trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad. En consecuencia a mayor dispersión de síntomas psicopatológicos estudiados es probable que haya una menor precisión en la predicción del florecimiento.

En lo referente a las variables de riesgo específicas, las mismas fueron medidas de forma dicotómica, esto quiere decir que se evaluó la presencia o ausencia de las mismas a los 6 y 12 meses de la primera toma realizada a los adolescentes en población escolar de C.A.B.A y Provincia de Buenos Aires.

A los 6 meses de la primera toma el florecimiento permitió predecir la disminución en un 54 % la presencia de hábitos alimentarios deficitarios- ingesta de pocas frutas y verduras-, en un 65 % el consumo de tabaco y la presencia de un malestar psicológico en un 68 %.

Un dato incongruente que se halló dentro de las variables de riesgo fue que la presencia de florecimiento aumentaba en un 65 % la posibilidad de traumatismos y lesiones. Una posible interpretación a dicho resultado puede ser que las personas que tienen mayores niveles de florecimiento pueden tener menores hábitos sedentarios y mayores niveles de movimiento- ejercicio físico- en la vida cotidiana (Gilmour, 2015).

Sin embargo, también hay que considerar que en el presente estudio no se halló que el florecimiento predijera mayores niveles de presencia de prácticas deportivas a largo plazo, siendo dicho aspecto importante a seguir estudiando en próximas investigaciones.

Por otra parte, el modelo estudiado permite hacer algunas reflexiones importantes en relación al género como covariable del florecimiento. Así, por ejemplo, a pesar de que el florecimiento no permitió predecir los intentos de suicidio se encontró que las mujeres tenían un 51 % más de posibilidades que los hombres de cometer una conducta de este tipo. También el ser mujer aumentaba dos veces la posibilidad de padecer un hecho de violencia, aunque en este último caso el florecimiento aparecía como una variable protectora que reducía en un 50 % la ocurrencia de tales hechos.

Los resultados encontrados son coherentes con los estudios realizados por la OMS dado que las cifras de padecimiento de hechos de violencia son significativamente mayores en mujeres a diferencia que en hombres, siendo dichos índices alarmantes y necesario de ser tratados con urgencia (Chaib, Orton, Steels, & Ratsela, 2013).

Con respecto al suicidio, las cifras también son acordes a estudios realizados por dicho organismo, ya que advierte que ese desenlace fatal es más frecuente en mujeres que en hombres (OMS, 2014).

Siguiendo con el análisis, a los 12 meses de la primera toma de datos, aquellos estudiantes con florecimiento tuvieron un 59% menos de probabilidades de consumir tabaco, en un 60 % la probabilidad de padecer un intento de suicidio y en un 59 % la probabilidad de tener un malestar psicológico.

Por otro lado, los resultados desarrollados en relación al florecimiento como factor protector de factores de riesgo específicos, guardan relación a los estudios hechos también en población adolescente por Keyes et al. (2012), Keyes(2006b) en el consumo de tabaco e intentos suicidio y a los Low(2011) en la atenuación de los episodios de violencia en el caso de presentar florecimiento.

Además, otros trabajos académicos como el de Keyes (2006b) muestran una alta capacidad predictiva del florecimiento respecto al consumo de marihuana y alcohol, a diferencia de nuestro estudio, en el que no se pudo constatar tal asociación.

Una posible explicación a la disparidad de los resultados entre la presente investigación y el trabajo de Keyes (2006b) es que se usaron diferentes instrumentos para medir los síntomas de riesgo. En el caso del trabajo de Keyes (2006b) utilizó preguntas puntuales que el mismo autor diseñó en donde los jóvenes respondían cuantas veces consumieron sustancias y demás

conductas de riesgo, a diferencia presente estudio que uso el EMSE que es un cuestionario que fue diseñado a nivel mundial para medir variables de riesgo y variables de salud.

Es probable que el EMSE haya causado cansancio en los participantes generando mayores sesgos al completar los ítems dado su nivel de extensión a comparación de hacer preguntas puntuales como lo diseño Keyes (2006b). En próximas investigaciones sería conveniente evaluar los factores de riesgo de forma similar a las hechas por el autor mencionado o reducir la cantidad de preguntas del EMSE teniendo en cuenta las pautas culturales del ámbito local.

Otra diferencia encontrada en relación a la predicción del florecimiento con factores de riesgo fue que dicha variable no pudo predecir la presencia de actividad física a comparación de Singh y Junnarkar (2015) y Afifi et al. (2016), que sí hallaron una capacidad predictiva del florecimiento sobre la práctica deportiva en adolescentes de la India y Canadá respectivamente.

Posibles causas segun la OMS (2018) que explicarían la falta de actividad deportiva son: el temor de los jóvenes a padecer un hecho delictivo en los espacios exteriores,

Además, existen otras causas que también podrían explicar el sedentarismo en población adolescente, entre las que se han reportado la falta de estilos de vida saludables, es decir, aquellos comportamientos habituales que caracterizan el modo de vida de las personas. Estos generalmente se relacionan con vulnerabilidad frente a factores de riesgo para la salud a los que enfrentan los individuos en los diferentes contextos donde se desenvuelven (Díaz, Daza, Pino, De la Hoz, & Villa, 2016).

Segun Díaz et al. (2016) los estilos de vida en adolescentes se caracterizan actualmente por una baja actividad física que se asocian a hábitos alimentarios deficitarios tales como el excesivo consumo de sal, grasas, dulces, carbohidratos y comidas rápidas. Por otro

lado, Castro-Sánchez, Linares-Manrique, Sanromán-Mata y Cortés (2017) agregan que el estilo de vida de los adolescentes está mayormente destinado en su tiempo libre a la práctica de videojuegos, ver televisión y el uso de dispositivos móviles en detrimento de la actividad física.

Cabe destacar también que solo el 19 % de los jóvenes de 11 a 17 años se mantiene suficientemente activos según la OMS (2018), siendo necesario la implementación de programas que estimulen la actividad física o bajo sedentarismo, ya que a largo plazo es considerado uno de los principales factores de riesgo de mortalidad (Horna et al., 2018).

Otro aspecto que pretendió evaluar la tercera hipótesis es la predicción del florecimiento en el rendimiento académico. En este caso no se confirmó la misma a diferencia de otros trabajos que sí pudieron hacerlo, teniendo en cuenta solo las notas numéricas (Van Zyl & Rothmann, 2012; Skrzypiec et al. 2016). Asimismo cabe destacar que el florecimiento tampoco pudo predecir el ausentismo en los alumnos.

Una posible explicación de la falta de predicción del florecimiento sobre el rendimiento académico es la forma en que se evaluó dicha variable. Esto quiere decir que en toda la muestra escolar se tuvo en cuenta en el relevamiento de las calificaciones el último trimestre para el relevamiento de las calificaciones y luego se hicieron la toma de las escalas desde el inicio del siguiente año lectivo, considerando solo el primer y el segundo cierre de notas.

El tercer trimestre se excluyó debido a que en algunos casos ya que se había completado el seguimiento longitudinal a los 6 y 12 meses. Por eso, es probable que haciendo un seguimiento de las calificaciones desde el inicio del año lectivo hasta la finalización del mismo el florecimiento pueda tener un mejor poder predictivo respecto del rendimiento académico.

Otra posible explicación a la falta de predicción del florecimiento sobre el rendimiento académico, se puede deber a que solo se tuvieron en cuenta las notas numéricas, sin contemplar los reportes conductuales de los docentes sobre sus alumnos, como así también la cantidad de veces o no que repitieron de año los adolescentes que fueron evaluados.

Además de los sesgos a nivel metodológico que se desarrollaron anteriormente, el rendimiento escolar es un fenómeno de estudio híbrido que está ceñido por numerosos factores internos y externos (Quintero & Orozco, 2013). Entre dichas variables cobran especial relevancia según un meta-análisis realizado por García-Martín & Cantón (2016) los factores contextuales tales como la organización del establecimiento educativo, la organización del ámbito áulico, variables relativas al docente y por último variables relativas al ámbito familiar.

Con respecto a la falta de predicción del ausentismo por parte del florecimiento se puede explicar dicha situación por otros factores intervinientes, tales como bajas calificaciones, repitencia, sobre edad, dificultades en el vínculo docente-alumno, problemas económicos, embarazo, maternidad y paternidad, trabajo dentro de la casa, trabajo fuera de la casa, violencia familiar, cambio de domicilio, enfermedad crónica, consumos de sustancias, cambios climáticos, entre otros factores según datos del Ministerio de Educación de la Presidencia de la Nación (2010).

En lo concerniente al cuarto objetivo, cuya hipótesis era “A mayor florecimiento, mayor nivel de flow, mayor satisfacción con la vida y con distintas áreas vitales, menor presencia de síntomas psicopatológicos y factores de riesgo en la población en tratamiento psicológico”, se hallaron fuertes correlaciones negativas entre los tipos de bienestar con las variables de riesgo, consistentes correlaciones positivas con variables protectoras.

En relación a las variables de riesgo se hallaron correlaciones negativas entre la mayoría de las variables psicopatológicas con los tipos de bienestar-, emocional, psicológico, social y total-, con los síntomas psicopatológicos, totalidad de síntomas positivos, índice positivos de malestar- a excepción del tipo de bienestar social y psicológico donde no hubo correlación significativa-, índice de severidad total y con los factores de riesgo total-, a excepción del bienestar social donde no hubo correlación.

Por otro lado, el único trabajo hallado en población en tratamiento psicológico adolescente fue el de Nabais(2012), que reportó valores semejantes en relación al florecimiento y su correlación negativa con los síntomas psicopatológicos. En el resto de las variables el presente trabajo, muestra una originalidad en cuanto a las variables estudiadas, ya que no se encontró literatura empírica al respecto.

En cuanto a los tipos de bienestar y su asociación con variables positivas fueron más limitadas las correlaciones significativas. Sin embargo, se hallaron fuertes relaciones entre todos los tipos de bienestar y la satisfacción con la vida y la satisfacción en diferentes áreas vitales.

En cuanto a los tipos de bienestar y la experiencia óptima total no se encontraron asociaciones, excepto una correlación positiva entre el bienestar psicológico con la calidad afectiva y la activación cognitiva.

8.1 Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación

A continuación se presentan las fortalezas y aportes novedosos de esta tesis, así como las limitaciones que se han encontrado, a fin de proponer otros estudios a futuro, incluyendo también aspectos metodológicos que podrían ser mejorados al indagar tanto a la población en tratamiento psicológico como a la población escolar.

Dentro de los aportes novedosos y originales de la tesis se pueden apreciar, en primer lugar, la utilización de un diseño de investigación longitudinal para estudiar el florecimiento en adolescentes. Este punto realmente original, dado que no existen investigaciones de esta naturaleza en la bibliografía sobre el tema.

En segundo lugar, se destaca la medición de numerosas variables, tanto protectoras como de riesgo. Los estudios disponibles sobre florecimiento en población adolescente han priorizado la búsqueda de posibles relaciones entre dicha variable y la satisfacción con la vida o con variables psicopatológicas específicas como trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad (Keyes et al., 2012; Low 2012; Singh et al., 2015; Lim, 2013; Lim, Ko, Shin&Cho, 2013; Afifi et al, 2016).

Pero en esta tesis se investigó el florecimiento en adolescentes no solo teniendo en cuenta las variables antes mencionadas, sino que también se introdujeron variables positivas novedosas como el flow y la satisfacción con diferentes áreas vitales, y se amplió la indagación de los síntomas psicopatológicos constituyendo una nómina más exhaustiva de estos, entre los cuales se encontraban los síntomas somáticos, la sensibilidad interpersonal, la hostilidad, la ideación paranoide y el psicoticismo.

En esta misma línea tampoco se han identificado estudios que profundicen la relación entre el florecimiento y variables de riesgo específicas como los hábitos sedentarios, tipo de alimentación-consumo de frutas y verduras- y falta de protección en la vida sexual. Menos aún existe bibliografía que analice la predicción del florecimiento sobre el IMC.

En tercer lugar, el presente estudio fue novedoso en comparar población bajo tratamiento psicológico con población escolar, siendo nulos los trabajos que hayan reportado una comparación entre ambas poblaciones.

Dentro de estos grupos de estudio se tuvo en cuenta una franja etaria amplia, de tal modo que algunos participantes estuvieran transitando la pubertad y otros la adolescencia propiamente dicha. Estas decisiones permitieron *a posteriori* contrastar mejor los datos recolectados y apreciar con mayor claridad los resultados finales.

En cuarto y último lugar, se destaca el gran repertorio bibliográfico actualizado con el que se contó, que otorgó una mayor solidez y sustento teórico al trabajo de campo efectuado, al tiempo que permitió abrir una discusión más enriquecedora de los resultados hallados.

En cuanto a las limitaciones, debe decirse que si bien la muestra utilizada fue amplia, el nivel socioeconómico no era homogéneo entre los participantes. Los consultantes de la población en tratamiento psicológico que participaron eran de clase media y media-alta, que podían acceder a tratamientos psicológicos de tipo cognitivo-conductuales en el ámbito privado. En cambio, los adolescentes de la población escolar -grupo control- pertenecían a una clase media o media-baja.

Como puede advertirse, el nivel socioeconómico exige tomar ciertos recaudos al momento de comparar los resultados. Se podría conjeturar, por ejemplo, que los adolescentes de la muestra clínica estaban menos expuestos a ciertos factores de riesgo vinculados al entorno ambiental que facilitaban una mejor salud mental.

Dicha afirmación es coherente con el estudio realizado por el Observatorio nacional de la de la Universidad Católica Argentina, ya que conjetura que a menor nivel socioeconómico mayor es el riesgo de padecer malestar psicológico, menor presencia de proyectos vitales y peor afrontamiento a los problemas de la vida cotidiana (Espinola, 2018).

En consecuencia, se propone mejorar en futuros trabajos el proceso de selección de los individuos que formen parte de las muestras de estudio -escolar y población en tratamiento

psicológico-, adoptando criterios de selección homogéneos. Por ejemplo, se podrían equiparar los sujetos participantes en función de variables socioeconómicas, zona de residencia, tipo de conformación familiar, tipo de colegio al que asiste, entre otras. Incluso cabe la posibilidad de indagar el florecimiento en niños, habida cuenta que no existen estudios sobre esta temática en dicha población.

Además, una limitación asociada a la conformación de la muestra de estudio fue la menor cantidad de casos que se incluyeron en el grupo clínico en comparación con el escolar. Sería conveniente, en efecto, buscar la paridad de casos en ambos grupos o, al menos, lograr que la diferencia de individuos que componen cada uno de ellos no sea demasiado grande.

También se podría extender la evaluación de los niveles de salud mental, variables positiva, negativa y académica a las poblaciones en tratamiento psicológicos y/o escolares de otras provincias de la Argentina, a fin de no concentrarse solamente en los adolescentes de la Provincia de Buenos Aires o de la C.A.B.A.

En esta misma línea, se recomienda la validación del modelo del factor dual (Keyes, 2013) en otros países de Latinoamericanos y efectuar estudios transculturales, tal como ya lo han hecho Żemojtel-Piotrowska et al. (2018), Peña Contreras et al. (2017) y Mesurado et al. (2018), facilitando así una mayor solidez de dicho modelo teórico y sus instrumentos de medición en diversas naciones.

Otra limitación fue que no se pudo acceder a los estudios médicos y a la historia clínica de la población en tratamiento psicológico ni de los alumnos de la población escolar con bajos niveles de salud mental. Esta información hubiera sido de gran utilidad para conocer mejor la características de la población estudiada, teniendo así criterios médicos objetivos más allá del IMC, que fue el único indicador de salud médica incluido en este trabajo.

Por otra parte, con respecto a los instrumentos de medición los alumnos y muestra de jóvenes en tratamiento psicológico en algunos casos durante la toma refirieron cansancio a la hora de completar el EMSE ya que este cuestionario es el más extenso de los seleccionados en la tesis.

Sin embargo se tuvo en cuenta dado que las administraciones a nivel nacional se hacen con dicho instrumento y por otro está adaptado al lenguaje local y presenta facilidad en su comprensión. Si bien tiene esta limitación la queja con respecto a su extensión no se dio en todos los casos si no en algunos jóvenes particularmente de la muestra escolar.

En próximos estudios se debe tener en cuenta que dicho instrumento se tome en horarios que los alumnos estén más descansados o bien tengan menor carga horaria en la escuela.

Si se consideran las limitaciones propias de cada tipo de muestra, con respecto a la población en tratamiento psicológico hay que decir que no se tuvieron en cuenta pacientes que asistieran a hospitales públicos o que vivieran en zonas rurales, donde la complejidad social es mayor y las posibilidades de acceso a un tratamiento efectivo disminuyen. En consecuencia, sería importante diversificar las muestras población en tratamiento psicológicos a fin de conocer la prevalencia de la salud mental segundiferentes estratos sociales, todo esto en conexión con lo dicho más arriba sobre la importancia de considerar el nivel socioeconómico de los participantes.

Otro problema relacionado con la muestra población en tratamiento psicológico que se evidenció tras la toma de datos fue que la mayoría de sus integrantes se encontraba en una fase media-final del tratamiento, por lo que era esperable que sus niveles de salud mental fueran más funcionales y, por ello mismo, hubo que tener cierta cautela al momento de considerarlos como pacientes de una muestra población en tratamiento psicológico.

Finalmente, y en relación a la muestra escolar, un aspecto a revisarse son los indicadores del rendimiento académico, dado que si bien las notas y las asistencias son un parámetro objetivo, no representan la totalidad de factores asociados a aquella variable.

En otras palabras, el rendimiento académico depende de un conjunto más amplio de variables que aquí no se tuvieron en cuenta, tales como los hábitos de estudio, la cantidad de horas de estudio, interés por los contenidos enseñados, su nivel de motivación y su autoeficacia, por mencionar solo algunas (Alva, 2017; Valle et al., 2018; Moreno, Antonella & Lopez Aquino, 2017; Baños et al., 2017).

A partir de los resultados obtenidos en esta tesis, se podrían sugerir algunas implicaciones para la práctica profesional. Dentro del ámbito escolar se podría reforzar la prevención de los riesgos psicopatológicos, como así también promover el desempeño en las variables positivas. Dicho objetivo se podría llevar a cabo a través de los psicólogos que se desempeñan en las mismas instituciones educativas.

En este sentido, no hay que olvidar que los resultados obtenidos en la muestra escolar revelan bajos niveles de salud mental en esos adolescentes argentinos en comparación con adolescentes de otras partes del mundo, siendo este aspecto un factor de riesgo a largo plazo (Keyes, 2013).

Para ello, se podría aplicar el programa online para la promoción del florecimiento denominado Psyfit “entrenamiento en mental online”, el cual consiste en una serie de intervenciones que se caracterizan por la ejercitación del pensamiento positivo, el mindfulness y las relaciones positivas. Dicho programa ha reportado mejoras significativas en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos, como así también ha aumentado el bienestar de los adolescentes participantes (Boiler, 2015).

A su vez, dentro al ámbito escolar se podría aplicar una intervención basada en la promoción y aumento de los niveles de salud mental de los adolescentes, siguiendo los lineamientos de diversos autores como Shoshan y Steinmetz (2014), Van Zyl y Stander (2014), Howell, Keyes y Passmore (2013), Oberle et al.(2018), y Schotanus-Dijkstra et al., (2017). Estas propuestas tienen como objetivo brindar herramientas dirigidas a los docentes u otras personas dentro del ámbito educativo para mejorar los niveles de bienestar, la autoestima, las fortalezas, el optimismo y la sensibilidad interpersonal de los alumnos.

Se ha comprobado, en efecto, que la implementación de programas o proyectos basados en las propuestas mencionadas favorecen la disminución de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en los adolescentes escolarizados, como así también un aumento de los niveles de bienestar y de las variables positivas(Shoshan & Steinmetz , 2014).

En la población en tratamiento psicológico se podría aplicar un modelo de tratamiento basado en intervenciones positivas que ayuden a mejorar la severidad de los síntomas psicopatológicos, pero también los niveles de salud mental y las variables positivas trabajadas por Shoshan y Steinmetz (2014); Van Zyl y Stander (2014), Howell, Keyes y Passmore (2013), a saber, el bienestar, la autoestima, las fortalezas, el optimismo y la sensibilidad interpersonal.

Para ello, sería necesario capacitar a los terapeutas en la aplicación del programa basado en intervenciones positivas ya mencionado, así como también en formar a los psicólogos clínicos en modelos de atención que generen un aumento de bienestar en los pacientes, de modo tal que no estén solo orientados a la disminución de los síntomas psicopatológicos.

En el caso de aplicar cualquiera de los programas antes mencionados es fundamental la evaluación de la salud mental siguiendo el modelo del factor dual de Keyes (2013) y demás

variables positivas y negativas antes y después de la intervención a los fines de determinar la efectividad del programa.

Finalmente, los resultados de esta tesis han permitido corroborar algunos supuestos teóricos del modelo del factor dual de Keyes (2013), a saber, que el florecimiento es un factor protector de los síntomas psicopatológicos y de ciertos factores de riesgo en población escolar, tales como violencia, traumatismo y lesiones o consumo de tabaco; que los tres niveles de bienestar correlacionan de forma negativa con los factores de riesgo.

Asimismo, la evaluación de la prevalencia del florecimiento en población local adolescente (escolar y población en tratamiento psicológico), a través del modelo de Keyes (2013) fue acorde y confirma los datos proporcionados por diferentes estudios transculturales que indicaron niveles moderados-bajos de florecimiento en adolescentes de países emergentes (Żemojtel-Piotrowska et al., 2018; Salama-Younes, 2011; Van Zyl & Rothmann, 2012; Lim Y, 2013).

Frente a esos aspectos de convergencia con el modelo de Keyes (2013) hay que señalar paralelamente ciertos resultados que contradicen sus hallazgos. Así, por ejemplo, al evaluar los factores de riesgo consumo de marihuana y rendimiento académico de los adolescentes de la muestra escolar que participaron de esta investigación, se encontró que la capacidad predictiva del florecimiento era nula, a diferencia de los resultados reportados por Keyes (2013) para estas mismas variables.

Además, en las variables positivas la predicción del florecimiento no fue tan significativa como ha señalado Keyes (2013) en sus trabajos. En esta investigación, variables como la satisfacción con la vida y la satisfacción con diferentes áreas vitales registraron un valor predictivo inferior a los encontrados por Keyes (2013) a los 6 meses de la recolección inicial

de datos. Esa capacidad predictiva se redujo aun más a los 12 meses de aquella medición inicial.

A pesar de las pequeñas diferencias mencionadas y las correcciones que se le podrían hacer al modelo de Keyes (2013), no cabe duda que su extendido uso en la investigación aplicada ha sido fundamental para avanzar en el estudio del bienestar en el campo de la PP. En esta línea, la presente investigación, ha comprobado nuevamente -gracias a la utilización del mentado modelo- que la salud mental es un constructo complejo que va mas allá de la mera presencia o ausencia síntomas disfuncionales, dado que también exige considerar la inclusión de los aspectos positivos del funcionamiento psicológico.

A modo de conclusión final, se subrayan los hallazgos centrales de esta investigación: que los niveles de floursihing fueron moderados tanto en los adolescentes escolares como en los participantes de la muestra población en tratamiento psicológico; que el floursihing pudo predecir en población escolar dos factores protectores fundamentales para la promoción de la salud mental de los adolescentes: la satisfacción con la vida y la satisfacción en diferentes áreas vitales a los 6 y 12 meses de su evaluación.

Con respecto a los factores de riesgo en población escolar, el florecimiento pudo predecir los hábitos alimentarios deficitarios, los traumatismos y lesiones, los episodios de violencia, el consumo de tabaco, los intentos de suicidio y mayor riesgo de padecer de un malestar psicológico a los 6 y 12 meses de la primera toma de datos.

En relación a la población en tratamiento psicológico, los bajos niveles de florecimiento se asociaron a la presencia de severidad psicopatológica, a la presencia de factores de riesgo total, a un mayor índice global de severidad, mayor índice positivo de malestar y a la presencia de totalidad de síntomas positivos. A su vez, la presencia de florecimiento

correlacionó positivamente con la presencia de satisfacción con la vida y satisfacción con la vida en diferentes áreas vitales.

Por todo lo dicho, entonces, los resultados de esta tesis representan un aporte empírico sólido desde el área de la PP, particularmente en lo que concierne a la temática del bienestar en adolescentes, no solo porque la revisión bibliográfica efectuada demostró la carencia de estudios de esta naturaleza en Latinoamérica, sino porque se pudo demostrar la necesidad de implementar modelos de atención centrados en el florecimiento como una variable determinante del desarrollo saludable y el funcionamiento óptimo de dicha población.

Bibliografía

Abbott, R., Croudace, T., Ploubidis, G., Kuth, D., Richards, M., & Huppert, F. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: evidence from a UK birth cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 43: 679–687.

Adams, R. (1992). Is happiness a home in the suburbs?: The influence of urban versus suburban neighborhoods on psychological health. *Journal of Community Psychology* , 20, 353-372.

Aedo, E. (2015). Humanistic psychology: its origins and meaning in the world of psychotherapy to half a century. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP* , 12.2 (2015).

Afifi, T., MacMillan, H., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J., y otros. (2016). Individual- and Relationship-Level Factors Related to Better Mental Health Outcomes following Child Abuse: Results from a Nationally Representative Canadian Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry* , doi: 10.1177/0706743716651832.

Alarcon, R., & Rodriguez, T. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Psychologia: avances de la disciplina* , 9(1), 59-69.

Albee, G. (2000). The Boulder model's fatal flaw. *American Psychologist* , 55(2), 247.

Alcedo, J. M., Bastidas, N., & Torres, M. (2016). Bienestar psicológico, autoeficacia, estilos de humor y su relación con la salud. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad* , 6(2), 122-138.

Alfaro, J., & Casas, F. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia. *Psicoperspectivas* , 14(1), 1-5.

Alpízar Rojas, Y., & Salas Marín, E. (2012). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica* , 5(1): 65-83.

Alva, M. (2017). Autoestima, hábitos de estudio y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Propósitos y representaciones* , 71 - 127.

Anic, P., & Tončić, M. (2013). Orientations to happiness, subjective well-being and life goals. *Psihologijske teme* , 22(1), 135-153.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* , 11(1), 11-18.

Appelqvist-Schmidlechner, K., Lämsä, R., & Annamari, T. (2017). Flourishing: Factors associated with positive mental health among young adults with neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry* , 41, S732-S733.

Arequipeno-Vásquez, F., & Lastra-Santos, H. (2014). Felicidad y optimismo como factores protectores de la ansiedad en los estudiantes la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Unión Filial-Tarapoto. *Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Peruana* , http://conacin.upeu.edu.pe/wp-content/uploads/2014/10/CSa_2993.pdf.

Asakawa, K. (2010). Flow experience, culture, and well-being: How do autotelic Japanese college students feel, behave, and think in their daily lives? *Journal of Happiness Studies* , 205-223.

Asebedo, S., & Seay, M. (2014). Positive psychological attributes and retirement satisfaction. *Journal of Financial Counseling and Planning* , 25(2), 161.

Asociacion Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual Diagnostico y estadistico de las enfermedades mentales*. EEUU: American Psychiatric Pub.

Baños, R., Ortiz-Camacho, M., Baena-Extremera, A., & Tristán-Rodríguez, J. (2017). Satisfacción, motivación y rendimiento académico en estudiantes de Secundaria y Bachillerato: antecedentes, diseño, metodología y propuesta de análisis para un trabajo de investigación. *Espiral.Cuadernos del Profesorado* , 10(20), 40-50.

Barret, P., & Ollendick, T. (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. UK:Willey: West Sussex .

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Brouwer.

Beddington, J., Cooper, C., Field, J., Goswami, U., Huppert, F., Jenkins, R., y otros. (2008). The mental wealth of nations. *Nature* , 455(7216), 1057-1060.

Benatuil, D. (2002). El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate: Psicología , Cultura y Sociedad* , 3 , 43-58.

Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence* , 32(2), 67-79.

Bjornskov, C. (2008). Social capital and happiness in the United States. *Applied Research in* , 3, 43–62.

Blakeslee, T., & Grossarth-Maticek, R. (1996). *Feelings of pleasure and well-being as predictors of health status 21 years later*. attitudefactor. com/PWltecharticle. htm.

Boehm, J., & Kubzansky, L. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological bulletin* , 138(4), 655.

Bono, G., Froh, J., & Emmons, R. (2010). Being grateful is beyond good manners: Gratitude and motivation to contribute to society among early adolescents. *Motivation and Emotion* , 34:144–157.

Bono, G., Krakauer, M., & Froh, J. (2015). The Power and Practice of Gratitude. En S. Joseph, *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life* [2 ed.] (págs. 559-576). USA: Wiley.

Bonomi, A., Bourdeau , D., Fishman, P., Meenan, R., & Revicki, D. (2006). Is a family equal to the sum of its parts? Estimating family-level well-being for a cost-effectiveness analysis. *Quality of Life Research* , 1127-1133.

Boyle, P., Barnes, L., Buchman, A., & Bennet, D. (2009). Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older. *Psychosom Med* , 71: 574–579.

Boyle, P., Buchman, A., Barnes, L., & Bennet, D. (2010). Effect of a purpose in life on risk of incident in community-dwelling older persons . *Arch Gen Psychiatry* , 67: 304–310.

Brassai, L., Piko, B., & Steger, M. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine* , 18(1), 44-51.

Brown, K., West, A., Loverich, T., & Biegel, G. (2011). Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological assessment* , 23(4), 1023.

Brown, S., Nesse, R., Vinokur, A., & Smith, D. (2003). Providing support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science* , 14,320–327.

Bryant, F. (2003). Savoring beliefs inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savoring. *Journal of Mental Health* , 12(2), 175-196.

Bryant, F., & Veroff, J. (2006). *Savoring: A new model of positive experience*. . New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Burke, C. (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies* , 19 , 133-144.

Carr, A. (2011). *Positive Psychology: The science of happiness and human strengths*. London: Routledge.

Carr, D., & Friedman, M. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav* , 46: 244–259.

Carrasco, M., Moral, V., Ciccotelli, H., & Del Barrio, M. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica [Symptom check list SCL-90-revised: analysis in psychiatric patients]. *Acción psicológica* , 2(2), 149-161.

Casas, F., Figuer, C., Gonzalez, M., Malo, S., Alsinet, C., & Subarroca, S. (2007). The well-being of 12- to 16-year old adolescents and their parents: Results from 1999 to 2003 Spanish samples. *Social Indicators Research* , 83(1),87-115.

Casas, F., Sarriera, J., Abs, D., Coenders, G., Alfaro, J., Saforcada, E., y otros. (2012). Subjective indicators of personal well-being among adolescents. Performance and results for different scales in Latin-language speaking countries: A contribution to the international debate. *Child Indicators Research* , 5(1), 1-28.

Castellá Sarriera, J., Saforcada, E., Tonon, G., Rodríguez de La Vega, L., Mozobancyk, S., & Maria Bedin, L. (2015). Bienestar Subjetivo de los Adolescentes:Un Estudio Comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosocial Intervention* , 21, No. 3, 2012 - pp. 273-280.

Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos en Psicología Positiva*. Buenos Aires : Paidós.

Castro Solano, A. (2013). La psicología positiva en América Latina. Desarrollos y perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* , 4-2.

Castro Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico: un estudio en población argentina. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica* , 1(31), 37-57.

Castro Solano, A. (2014). *Overview of Positive Psychology in Latin-American Countries. In Positive Psychology in Latin America* . Netherlands: Springer.

Castro Solano, A. (2014). *Overview of Positive Psychology in Latin-American Countries. In Positive Psychology in Latin America*. Netherlands: Springer.

Castro Solano, A., & Casullo, M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria* , 18(1), 65-85.

Castro Solano, A., & Diaz Morales, J. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos. *Psicothema* , 14(1).

Castro Solano, A., Cosentino, A., Omar, A., Terragona Saez, M., & Tonon, G. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.

Castro-Sánchez, M., Linares-Manrique, M., Sanromán-Mata, S., & Cortés, A. (2017). Análisis de los comportamientos sedentarios, práctica de actividad física y uso de videojuegos en adolescentes. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity* , 3(2), 241-255.

Casullo, M. (2004). SCL-90-R. *Adaptación UBA. CONICET*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires .

Casullo, M., & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP* , Vol 18, 1.

Chadwick, E. (2012). *The Structure of Adolescent and Adult Savoring and Adult Savoring and Its Relationship to Feeling Good and Functioning Well*. New Zealand: Victoria University of Wellington.

Chaib, F., Orton, J., Steels, K., & Ratsela, K. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Chaib, F., Orton, J., Steels, K., & Ratsela, K. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Chavens, J. (2000). Hope and depression: Light through the shadows. En C. Snyder, *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (págs. 321-340). San Diego: Academic Press.

Chavez Uribe, A. (2006). *Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior. Tesis para obtener el grado de*. Colima: Universidad de Colima.

Choe, K., Kang, Y., Seo, B., & Yang, B. (2015). Experiences of learning flow among Korean adolescents. *Learning and Individual Differences* , 39, 180-185.

Ciarroch, J., Parker, P., Kashdan, T., Heaven, P., & Barkus, E. (2015). Hope and emotional well-being: A six-year study to distinguish antecedents, correlates, and consequences. *The Journal of Positive Psychology* , 1-13.

Ciarrochi, J., Heaven, P., & Davies, F. (2007). The impact of hope, self-esteem, and attributional style on adolescents' school grades and emotional well-being: A longitudinal study. *Journal of Research in Personality* , 41(6), 1161-1178.

Coan, J., Schaefer, H., & Davison, R. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science* , 17, 1032–1039.

Coenders, G., Casas, F., Figuer, C., & Gonzalez, M. (2005). Relationships between parents' and children's salient values for future and childrens overall satisfaction. A comparison across countries. *Social Indicators Research* , 73, 141-177.

Coker, A., Smith, P., Bethea, L., King, M., & Mckeown, R. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine* , 9(5), 451.

Contini de Gonzalez, E., Coronel de Pace, C., Levin, M., & Estevez Suedan, M. (2003). Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y factores de protección de la salud del adolescente. Un estudio preliminar. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica* , 16(2), 29-51.

Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología* , 2 (2), 311-319.

Córdova-Alcaráz, A., Rodríguez-Kuri, S., & Díaz-Negrete, D. (2010). Bienestar subjetivo en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de Drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educacion* , 12 (1), 147–162.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper Collins.

Csikszentmihalyi, M. (1998). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos.

Csikszentmihalyi, M., & Nakamura, J. (2009). The Concept of Flow. Flow and the foundations of positive psychology. *Oxford Handbook of positive psychology* , 89-105.

Csikszentmihalyi, M., & Wong, M. (2014). Motivation and academic achievement: The effects of personality traits and the quality of experience. En M. Csikszentmihaly, *Applications of Flow in Human Development and Education* (págs. 437-465). Netherlands: Springer.

Cummins, R. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research* , 43(3), 307-334.

Cummins, R., & Lau, A. (2005). *Personal Wellbeing Index—School Children (PWI-SC)* (3rd ed.). Melbourne: Deakin University.

Curley, J., & Kaverne, E. (2009). Epigenetics. En S. Lopez, *The Encyclopedia of Positive* (págs. 345-7). Chichester: Blackwell Publishing Ltd.

D’raven, L., & Pasha-Zaidi, N. (2016). Using the PERMA model in the United Arab Emirates. *Social Indicators Research* , 125(3), 905-933.

Danner, D., Snowdon, D., & Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology* , Vol 80(5), 804-813.

Datu, J. (2016). Flourishing is Associated with Higher Academic Achievement and Engagement in Filipino Undergraduate and High School Students. *Journal of Happiness Studies* , 1-13.

Datu, J., Labarda, C., & Salanga, M. (2019). Flourishing is Associated with Achievement Goal Orientations and Academic Delay of Gratification in a Collectivist Context. *Journal of Happiness Studies* , 1-12.

Davison, T., McCabe, M., Knight, T., & Melor, D. (2012). Biopsychosocial factors related to depression in aged care residents. *J Affect Disord* , 142: 290–296.

Deci, E., & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies* , 9(1), 1-11.

Delle Fave, A., & Bassi, M. (2009). The contribution of diversity to happiness research. *The Journal of Positive Psychology* , 4(3), 205-207.

Delle Fave, A., & Massimini, F. (2005). The Investigation of Optimal Experience and Apathy: Developmental and Psychosocial Implications. *European Psychologist* , 10(4):264–274.

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research* , 100(2), 185-207.

Derogatis, L., & Lipman, R. (1977). *SCL-90.Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.

Díaz, M., Daza, A., Pino, M., De la Hoz, Y., & Villa, M. (2016). Estilos de vida saludable en adolescentes relacionados con alimentación y actividad física: una revisión integrativa. *Salud en movimiento* , 8(1).

Diener, E. (2005). *Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being*. Chicago: University of Illinois.

Diener, E. (1984). Subjective wellbeing. *Psychological Bulletin* , 95: 542–75.

Diener, E. (1985). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index . *American Psychological Association*. , Vol. 55, No. 1, p. 34).

Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Nueva York: Springer.

Diener, E., & Diener, C. (2011). Monitoring psychosocial prosperity for social change. En R. Biswas-Diener, *Positive psychology as social change* (págs. 53-71). New York: Springer.

Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. En B. Buunk, & F. Gibbons, *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (págs. 329-357). New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Diener, E., & Lucas, E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin* , 125(2), 276.

Diener, E., & Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science* , 13, 81–84.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment* , 49(1), 71-75.

Diener, E., Gohn, C., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of cross-cultural psychology* , 31(4), 419-436.

Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research* , 112(3), 497-527.

Diener, E., Writz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., y otros. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research* , 97(2), 143-156.

Dillard, A., Schiavone, A., & Brown, S. (2008). Helping behavior and positive emotions. En S. Lopez, *Positive psychology: Exploring the best in people* (pág. Vol 2: Capitalizing on emotional experiences). Westport: CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Dolan, P., & White, M. (2007). How can measures of subjective well-being be used to inform public policy? *Perspectives on Psychological Science* , 2(1), 71–85.

Duffy, R., Dik, B., & Steger, M. (2011). Calling and work-related outcomes: Career commitment as a mediator. *Journal of Vocational Behavior* , 78, 863-868.

Dunn, D., & Dougherty, S. (2008). Flourishing: Mental health as living life well. *Journal of Social and Clinical Psychology* , 27(3), 314-316.

Duran, A., Fernandez, E., & Iglesias, E. (2009). Comparación de las puntuaciones del SCL-90-R entre personas con dependencia de la nicotina y personas con dependencia de la cocaína al inicio del tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 14(1), 17-23.

Eger, R., & Maridal, J. (2015). A statistical meta-analysis of the wellbeing literature. *International Journal of Wellbeing* , 5(2), 45-74.

Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C., & Furlong, M. (2011). Applicability of the dual-factor model of mental health for college students. *Journal of College Student Psychotherapy* , 25(1), 79-92.

Emmons, R., & Mccullough, M. (2004). *The psychology of gratitude*. Oxford University Press: New York.

Espinola, S. (2018). *La salud en población urbana argentina desde una mirada multidimensional de la pobreza*. Buenos Aires: UCA.

Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior* , 33(4), 389-399.

Facio, A., Sireix, M., & Prestofelippo, M. (2017). Flourishing in Emerging Adulthood. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad* , 87-88.

Favier Torres, M., Samón Leyva, M., Ruiz Juan, Y., & Franco Bona, A. (2018). Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista de Información Científica* , 97(1), 205-214.

Feder, A., Ahmad, S., Lee, E., Morgan, J., Singh, R., Southwick, S., y otros. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistanie earthquake survivors: purpose in life religious coping and social support. *J Affect Disord* , 147: 156–163.

Feldman, D., & Snyder, C. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology* , 24, 401–421.

Ferguson, S., & Goodwin, A. (2010). Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *Int J Aging Hum Dev* , 71: 43–68.

Ferrante, D., Linetzky, B., Ponce, M., Goldberg, L., Konfino, J., & Laspiur, S. (2014). Prevalencia de sobrepeso, obesidad, actividad física y tabaquismo en adolescentes argentinos: Encuestas Mundiales de Salud Escolar y de Tabaco en Jóvenes. *Archivos argentinos de pediatría* , 112(6), 500-504.

Field, A. (2017). *Discovering statistics using SPSS for Windows - Fifth edition*. Sage Publications Ltd.: London.

Frankl, V. (2004). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.

Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment* , 3(1), 1a.

Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist* , 56 (3), 218.

Fredrickson, B., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science* , 13(2), 172-175.

Fredrickson, B., & Levenson, R. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion* , 12 (2), 191-220.

Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C., & Larkin, C. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology* , 84(2), 365.

Froh, J., Emmons, R., Card, N., Bono, G., & Wilson, J. (2011). Gratitude and the reduced costs of materialism in adolescents. *Journal of Happiness Studies* , 12(2), 289-302.

Froh, J., Fan, J., Emmons, R., Bono, G., Huebner, E., & Watkins. (2011). Measuring gratitude in youth: Assessing the psychometric properties of adult gratitude scales in children and adolescents. *Psychological assessment* , 23(2), 311.

Froh, J., Kashdan, T., Yurkewicz, C., Fan, J., Allen, J., & Glowacki, J. (2010). The benefits of passion and absorption in activities: Engaged living in adolescents and its role in psychological well-being. *The Journal of Positive Psychology* , 5 (4), 311–332.

Fuller-Thomson, E., Agbeyaka, S., LaFond, D., & Bern-Klug, M. (2016). Flourishing after depression: Factors associated with achieving complete mental health among those with a history of depression. *Psychiatry Research* , <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.041>.

Furr, R., & Funder, D. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of personality and social psychology* , 74(6), 1580.

Gagne, M. (2006). *Motivación y comportamientos adaptativos en jóvenes*. Extremadura: Universidad de Extremadura.

Gallagher, M., Lopez, S., & Preacher, K. (2009). The Hierarchical Structure of Well-Being. *Journal of Personality* , 77 (4) , 1025-1050.

García Calvo, T., Amado Alonso, D., Marcos, L., Miguel, F., Miguel, S., Antonio, P., y otros. (2012). Análisis del grado de diversión e intención de persistencia en jóvenes deportistas desde la perspectiva de la teoría de la autodeterminación. *Revista de psicología del deporte* , 21, 0007-013.

García Gómez, M. P. (2016). *Valores y psicopatología: estudio epidemiológico de los valores e ideales en una muestra española*. España: Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/jspui/handle/10201/48719>.

García Martín, M. A. (2002). El bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología* , 6, 18-39.

García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J., & Pérez-Delgado, E. (2008). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica* , 8(2), 447-454.

García-Martín, S., & Cantón, I. (2016). Factores que inciden en el rendimiento académico. El camino hacia el éxito escolar de todos. *Psicología y educación: Presente y futuro. ACIPE-Asociación Científica de Psicología y Educación* , <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64221#vpreview>.

Garzón-Umerenkova, A., de la Fuent, J., & Amate, J. (2018). A Linear empirical model of self-regulation on flourishing, health, procrastination, and achievement, among university students. *Frontiers in psychology* , <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00536/full>.

Gentzler, A., Amy, L., Morey, J., & Yuen Yi, C. (2013). Young Adolescents' Responses to Positive Events Associations With Positive Affect and Adjustment. *The Journal of Early Adolescence* , 33(5), 663-683.

Gentzler, A., Morey, J., Palmer, C., & Yuen Yi, C. (2012). Young Adolescents Responses to Positive Events: Associations With Positive Affect and Adjustment. *Journal of Early Adolescence* , 33(5) 663–683.

Gilman, R. (2001). The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescent students. *Journal of Youth and Adolescence* , 20:749-67.

Gilman, R., & Huebner, E. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence* , 35 , 311–319.

Gilman, R., & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly* , 18(2), 192.

Gilmour, H. (2015). *Chronic pain, activity restriction and flourishing mental health*. Canada: Statistics Canada.

Gomar, M., Bunge, E., & Mandil, J. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Gongora, V. (2014). Flourishing en Adolescentes y su relacion con variables positivas y sintomatologicas. *Acta Académica* , <http://www.aacademica.org/000-035/327>.

Gongora, V., & Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* , 7, 329-338.

Gongora, V., & Castro Solano, A. (2011). Validación del Cuestionario de Significado de la Vida MLQ en población adulta y adolescente argentina. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* , 3 (395-404).

Gongora, V., & Castro Solano, A. (2014). Well-being and life satisfaction in Argentinean adolescents. *Journal of Youth Studies* , 1-15.

Gongora, V., & Solano, A. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology* , 8,303-318.

González-Serrano, G., Huéscar Hernández, E., & Moreno-Murcia, J. A. (2013). Satisfaccion con la Vida y Ejercicio Fisico. *European Journal of Human Movement* , 30 , 131-151.

Gorsy, C., & Panwar, N. (2016). Optimism as a Correlate of Happiness among Working Women. *The International Journal of Indian Psychology* , 3,2 , 10 Doi: 18.01.175/20160302.

Greenspoon, P., & Saklofske, D. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research* , 54(1), 81-108.

Grinde, B. (2012). *The Biology of Happiness*. New York:: Springer.

Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion* , 8: 753–765.

Guerra Vargas, S. (2017). *El modelo de salud mental dual y su relación con el rendimiento académico de estudiantes universitarios*. España: Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

Gundelach, P., & Kreiner, S. (2004). Happiness and life satisfaction in advanced European countries. *Cross-Cultural Research: Official journal of the Society for Cross-Cultural Research, Sponsored by the Human Relations Area Files , Inc* , 38(4), 359–386.

Guo, C. (2018). *Adolescent positive mental health : policy, measurements, prevalence and correlates in a Chinese setting*. Stockholm : Department of Learning, Informatics, Management and Ethics.
https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46396/Thesis_Cheng_Guo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Hart, K., & Sasso, T. (2011). Mapping the contours of contemporary positive psychology. *Canadian Psychology* , 52 , 82–92.

Harter, J., Schmidt, F., & Keyes, C. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup studies. *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* , 2, 205-224.

Hassmén, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland. *Preventive Medicine* , 30 , 17–25.

Hatami, M., Fadayi, M., & Rezaei, Z. (2015). The Relationship between Psychological Wellbeing , Optimism and Existential Anxiety in Elderly Men. *International Journal of Academic Research* , 7,(1).

Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social psychology* , 57(4), 731.

Henderson, L., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing* , 2(3), 196-221.

Hill, P., Hefferman, M., & Allemand, M. (20015). Forgiveness and Subjective Well-Being: Discussing Mechanisms, Contexts, and Rationales. En L. Toussaint, E. Worthington, & D. Williams, *Forgiveness and Health* (págs. 155-169). Boston: Springer.

Hirschi, A. (2011). Effects of Orientations to Happiness on Vocational Identity Achievement. *The Career Development Quarterly* , 59,4, 367-378.

Ho, M., Cheung, F., & Cheung, S. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences* , 48(5), 658-663.

Hone, L., Jarden, A., Duncan, S., & Schofield, G. (2015). Flourishing in New Zealand Workers: Associations With Lifestyle Behaviors, Physical Health, Psychosocial, and Work-Related Indicators. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* , 57(9), 973-983.

Hone, L., Jarden, A., Schofield, G., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing* , 4 (1) 62-90.

Horna, M., Slobayen, M., Cánepa, M., Campello, M., Bestoso, L., Fontana, J., y otros. (2018). Estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física en escolares de la ciudad de Corrientes. *Rev. Fac. Med. UNNE XXXVIII* , 1, 18-24, 2018.

Howell, A., Keyes, C., & Passmore, H. (2013). Flourishing among children and adolescents: Structure and correlates of positive mental health, and interventions for its enhancement. En C. Proctor, & A. Linley, *Research, Applications, and Interventions for Children and Adolescents* (págs. 59-79). Dordrecht: Springer.

Huebner, E. (1991). Correlates of life satisfaction in children. *School Psychology Quarterly* , 6(2), 103.

Huebner, S., Hills, K., & Jiang, X. (2013). Assessment and Promotion of Life Satisfaction in Youth. En C. Proctor, *Research, Applications, and Interventions for Children and Adolescents* (págs. 23-43). London: Springer.

Huppert, F. (2009). A New Approach to Reducing Disorder and Improving Well-Being. *Perspectives on psychological science* , 4(1), 108-111.

Huppert, F., & Cooper, C. (2014). The State of Wellbeing Science Concepts, Measures, Interventions, and Policies. En F. Huppert, & C. Cooper, *Interventions and Policies to Enhance Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference* (págs. 1-40). UK: Blackwell Willey.

Huppert, F., & So, T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research* , 110(3), 837-861.

Huppert, F., & So, T. (2009). *What percentage of people in Europe are flourishing and what characterises them*. Florencie: Artículo presentando para :OECD/ISQOLS meeting“
Measuring subjective well-being: An opportunity for NSOs?

Huta, V. (2012). Linking peoples' pursuit of eudaimonia and hedonia with characteristics of their parents: Parenting styles, verbally endorsed values, and role modeling. *Journal of Happiness Studies* , 13(1), 47-61.

Huta, V., & Ryan, R. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies* , 11(6), 735-762.

Inga Aranda, J., & Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *niversitas Psychologica* , 5(3), 475-486.

Jackson, S., & Marsh, H. (1996). Development and validation of a scale to measure optimal experience: The Flow State Scale. *Journal of sport and exercise psychology* , 18, 17-35.

Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.

Jarden, A. (2012). Positive psychologists on positive psychology: Introduction. *International* , 2 (2), 70–71.

Jiang, F., Xiaodong, Y., Lu, S., & Guangtao, Y. (2015). Can you forgive? It depends on how happy you are. *Scandinavian Journal of Psychology* , 182-188.

Jiménez-Torres, M., & Cruz Quintana, F. (2011). Experiencias de flujo y rendimiento escolar en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* , 13(2), 97-118.

Johnstone, L. (2000). *Users and Abusers of Psychiatry: A Critical Look at Psychiatric Practice*. London: Routledge.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.

Kashdan, T., Biswas-Diener, R., & King, L. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology* , 3(4), 219-233.

Kern, M., Adler, A., Waters, L., & White, M. (2015). Measuring Whole-School Well-being in Students and Staff. En M. White, & A. Simon Murray, *Evidence-Based Approaches in Positive Education* (págs. 66-91). Australia: Springer Netherlands.

Keyes, C. (2003). *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-lived*. USA: American Psychological Association.

Keyes, C. (2014). Happiness, flourishing, and life satisfaction. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and societ* , 747-751.

Keyes, C. (2015). Human flourishing and salutogenetics. En M. Pluess, *Genetics of Psychological Well-Being: The role of heritability and genetics in positive psychology* (págs. 3-23). United Kingdom: Oxford.

Keyes, C. (2006b). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry* , 395-402.

Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology* , 73(3), 539.

Keyes, C. (2013). *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*. Springer.

Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist* , 62(2), 95.

Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly* , 61(2), 121-140.

Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior* , 207-222.

Keyes, C. (2006a). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent & Family Health* , 4(1), 3-11.

Keyes, C., & Annas, J. (2008). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology* , 4(3), 197-201.

Keyes, C., & Cartwright, K. (2014). Well-being in the West: Hygieia before and after the demographic transition. En A. Morandi, & A. Narayanan Nambi, *An Integrated View of Health and Well-being* (págs. 3-23). Dordrecht: Springer.

Keyes, C., & Grzywacz, J. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* , 47(5), 523-532.

Keyes, C., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health. *Handbook of positive psychology* , 45-59.

Keyes, C., & Simoes, E. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health* , 102(11), 2164-2172.

Keyes, C., Dhingra, S., & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. . *American Journal of Public Health* , 100(12), 2366.

Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K., & Dhingra, S. (2012). The Relationship of Level of Positive Mental Health With Current Mental Disorders in Predicting Suicidal Behavior and Academic Impairment in College Students. *Journal of American College Health* , 60:2, 126-133.

Kheswa, J. (2015). Psychological Well-being, Alcohol Abuse and Sexual Behaviour among African Adolescent Males in South Africa. *J Psychology* , 6(1): 32-40.

Kiang, L., & Fullgani, A. (2010). Meaning in life as a mediator of ethnic identity and adjustment among adolescents from Latin, Asian, and European American backgrounds. *Journal of youth and adolescence* , 39(11), 1253-1264.

Kim, K., & Lim, J. (2012). Effects of optimism and orientations to happiness on psychological well-being of college students. *Journal of the Korean Home Economics Association* , 50(1), 89-101.

King, L., & Napa, C. (1998). What makes a life good? *Journal of personality and social psychology* , 75(1), 156.

Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K., Ryff, C., & Markus, R. (2010). Independence and interdependence predict health and wellbeing: divergent patterns in the United States and Japan. *Front Psychol* , 1: 1–10.

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Kristeller, J. (2007). Mindfulness meditation. En P. Lehrer, R. Woolfolk, & S. Sime, *Principles and practice of stress management. Third edition*. . New York: Guilford Press.

Kumano, M. (2012). Orientations to happiness in Japanese people: pleasure, meaning, and engagement. *Shinrigaku kenkyu: The Japanese journal of psychology* , 81(6), 619-624.

Kushner, R., & Foster, G. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition* , 16(10), 947-952.

La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. (2013). Discourse on wellbeing in research and practice. *International Journal of Wellbeing* , 3(1), 116-125.

Lacruz, M., Schmidt-Pokrzywniak, A., Dragano, N., Moebus, S., Deutrich, S., Möhlenkamp, S., y otros. (2016). Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. *BMJ open* , 6(1), e007919.

Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, F., Klooster, P., & Keyes, K. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology* , 67(1), 99-110.

Lau, N., & Hue, M. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality* , 315-330.

Lewinsohn, P., Redner, j., & Seeley, j. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables:New perspectives. En F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz, *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (págs. 141-72). Oxford: Pergamon.

Lewinsohn, P., Render, J., & Seeley, J. (1991). The relationship between life satisfaction and psychological variables. En F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz, *Subjective Well-Being: An Interdisciplinarity perspective* (págs. 141-173). London : Pergamon Press.

Lewis, A., Huebner, E., Malone, P., & Valois, R. (2011). Life satisfaction and student engagement in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* , 40 , 249–262.

Lim, C., & Putman, R. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review* , 75(6), 914–933.

Lim, Y. (2013). Psychometric Characteristics of the Korean Mental Health Continuum–Short Form in an Adolescent Sample. . *Journal of Psychoeducational Assessment* .

Lim, Y., Ko, Y., Shin, H., & Cho, Y. (2013). Prevalence and correlates of complete mental health in the South Korean adult population. En C. Keyes, *Mental Well-Being* (págs. 91-109). Netherlands: Springer.

Linley, A., Harrington, J., & Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology* , 1(1), 3-16.

Linley, A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology* , 1(1), 3-16.

Linley, P., & Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Lippman, L., Moore, K., Guzman, L., Ryberg, R., McIntosh, H., Ramos, M., y otros. (2014). *Flourishing Children Defining and Testing Indicators of Positive Development*. EEUU: Springer.

Lipson, S., & Eisenberg, D. (2018). Mental health and academic attitudes and expectations in university population: Results from the healthy minds study. *Journal of Mental Health* , 27(3), 205-213.

Lopes, P., Salovey, P., & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Pers Individ* , 35: 641–658.

Lopez, A., Kasanzew, A., & Lopez, M. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Ciencias psicológicas* , 1(2), 179-188.

Lovett, N., & Lovett, T. (2016). Wellbeing in Education: Staff Matter. *International Journal of Social Science and Humanity* , 6(2), 107.

Low, K. (2011). Flourishing, Substance Use, and Engagement in Students Entering College: A Preliminary Study. *Journal of American College Health* , 59:6, 555-561.

Lucas, R., Diener, E., & Larsen, R. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington: American Psychological Association.

Lupano, M., & Castro Solano, A. (2010). Psicología Positiva: Analisis desde su surgimiento. *Prensa Medica Latinoamericana* , 43-56.

Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological science* , 7(3), 186-189.

Lyons, A., Heywood, W., & Rozbroj, T. (2016). Psychosocial factors associated with flourishing among Australian HIV-positive gay men. *BMC Psychology* , 4:46.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect. *Psychological Bulletin* , 131 , 803–855.

Maddux, J. (2002). Stopping the “Madness”: Positive Psychology and the Deconstruction. En C. Snyder, & S. Lopez, *Handbook of Positive* (págs. 13-26). USA: Oxford: University Press.

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology* , 65(5), 1046.

Maikranz, J., Steele, R., Dreyer, M., Stratman, A., & Bovaird, J. (2007). The relationship of hope and illness-related uncertainty to emotional adjustment and adherence among pediatric renal and liver transplant recipients. *Journal of Pediatric Psychology* , 32, 571–581.

Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front Neurosci* , 7: 8.

Marín, M., Nieto, M., & Ordi, H. (2013). Efecto del Flujo y el afecto positivo en el Bienestar Psicológico. *Boletín de psicología*, (107), 71-90.

Markus, H., Curhan, K., Ryff, C., & Palmersheim, K. (2004). In their own words: Well-being at midlife among high school-educated and collegeeducated adults. En C. Brim, C. Ryff, & R. Kessler, *How Healthy are We?: A National Study of Well-Being at Midlife* (págs. 273-319). Chicago: The University of Chicago Press.

Martera, F., & Steger, M. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 1-15.

Martin, K., Huebner, E., & Valois, R. (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in the Schools*, 45, 705–714.

Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y salud*, 17 (3), 245-258.

Mastekaasa, A. (1992). Organizational Contexts and Individual Behavior Potential and Limitations of the Norwegian Study of Organizations. *Acta Sociologica*, 35(2), 141-150.

Maton, K. (1990). Meaningful involvement in instrumental activity and well-being: Studies of older adolescents and at risk urban teen-agers. *American Journal of Community Psychology*, 18(2), 297-320.

Matos, A., Andre, R., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum–Short Form–for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, (53) 131.

Mays, V., Cochran, S., & Barnes, N. (2007). Race, race-based discrimination, and health outcomes among African Americans. *Annual Review of Psychology* , 58, 201–225.

Mcdowell, J. (1980). The Role of Eudaimonia in Aristotle's Ethics'. En O. Rorty, *Essays on Aristotle's ethics* (págs. 359–376). Berkeley: University of California Press.

McGregor, I., & Little, B. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: on doing well and being yourself. *ournal of personality and social psychology* , 74(2), 494.

McNaught, A. (2011). Defining wellbeing. En A. In Knight, & A. McNaught, *Understanding wellbeing: An introduction for students and practitioners of health and social care* (págs. 7-23). Banbury: Lantern Publishing.

Mesurado, B. (2010). La experiencia de Flow o Experiencia Óptima en el ámbito educativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 42(2), 183-192.

Mesurado, B. (2008). Validez factorial y fiabilidad del Cuestionario de Experiencia Óptima (Flow) para niños y adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* , 25(1), 159-178.

Mesurado, B., Crespo, R., Rodriguez, O., Debeljuh, P., & Carlier, S. (2018). The development and initial validation of a multidimensional flourishing scale . *Current Psychology* , 1-10.

Mesurado, B., Richaud, M., & Niño, M. (2015). Engagement, Flow, Self-Efficacy, and Eustress of University Students. A Cross-National Comparison Between the Philippines and Argentina. *The Journal of psychology* , 1-24.

Michalos, A. (1985). Multiple discrepancies theory . *Social indicators research* , 16(4), 347-413.

Ministerio de educacion de la presidencia de la nacion. (2010). Proyecto para la Prevención del Abandono Escolardocumento de trabajo para las escuelas. *Ministerio de educacion de la presidencia de la nacion* , :www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL003077.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar.

Momtaz, Y., Hamid, T., Haron, S., & Bagat, M. (2016). Flourishing in later life. *Archives of gerontology and geriatrics* , 63, 85-91.

Moral Jiménez, M., & Ovejero Bernal, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: Crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del psicólogo* , 25(87).

Moreno, J., Antonella, G., & Lopez Aquino, M. (2017). Hábitos de estudios y rendimiento académico de las estudiantes de quinto grado de secundaria de una Institución Educativa Publica de Chiclayo. *Universidad Privada Juan Mejía Baca* , <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/76>.

Nabais, M. (2012). A depressão na adolescência: o risco do trauma e a protecção do flourishing. *Universidade de Coimbra - UNIV-FAC-AUTOR* , <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24977>.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. En C. Snyder, & S. Lopez, *Handbook of positive psychology* (págs. 89–105). New York: Oxford University Press.

Neumann, A. (2006). Professing passion: Emotion in the scholarship of professors at research universities. *American Educational Research Journal* , 43 (3), 381-424.

Newnes, C., Holmes, G., & Dunn, C. (1999). *This is Madness: A Critical look at Psychiatry and the Future of Mental Health Services*. UK: PCCS Books.

Ng, J., Huebner, S., & Hills, K. (2015). Life Satisfaction and Academic Performance in Early Adolescents: Evidence for Reciprocal Association. *Journal of School Psychology* , 479–491.

Noblejas de la Flor, M. (1995). *Logoterapia: fundamentos, principios y aplicación una experiencia de evaluación del Logro Interior de Sentido*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Norrish, J., & Vella-Brodrick, D. (2009). Positive psychology and adolescents: Where are we now? Where to from here? *Australian Psychologist* , 270–278.

Núñez, E., Steyerberg, E., & Nuñez, J. (2011). Estrategias para la elaboración de modelos estadísticos de regresión. *Revista española de cardiología* , 64(6), 501-507.

O'Connor, M., Sanson, A., Toumbourou, J., Norrish, J., & Olsson, C. (2016). Does Positive Mental Health in Adolescence Longitudinally Predict Healthy Transitions in Young Adulthood? *Journal of Happiness Studie* , 1-22.

Oberle, E., Guhn, M., Gadermann, A., Thomson, K., & Schonert-Reichl, K. (2018). Positive mental health and supportive school environments: A population-level longitudinal study of dispositional optimism and school relationships in early adolescence. *Social Science & Medicine* .

OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>: OECD Publishing.

Oishi, S., & Roth, D. (2009). The role of self-reports in culture and personality research: It is too early to give up on self-reports. *Journal of Research in Personality* , 43(1), 107-109.

Okazaki, S. (2009). Impact of racism on ethnic minority mental health. *Perspectives on Psychological Science* , 4, 103–107.

Oliver, J. (2000). Multinivel regression models: applications in School psychology. *Psicothema* , 3(12), 487-494.

OMS. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo Global*. Organización Mundial de la Salud.

OMS;. (23 de Febrero de 2018). *Actividad Física*. Recuperado el 14 de Agosto de 2018, de [www.who.int: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity)

ONS. (2011). *Initial investigation into Subjective Well-being from the Opinions Survey*. UK. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/wellbeing/measuring-subjective-wellbeing-in-the-uk/investigation-of-subjective-well-being-data-from-the-ons-opinions-survey/initial-investigation-into-subjective-well-being-from-the-opinions-survey.html>: Newport: ONS.

Orcasita, L. (2018). Factores Psicosociales Asociados A Los Patrones De Consumo De Alcohol En Adolescentes Escolarizados. *Psicología desde el Caribe* , 35,1 .

Organizacion Mundial de la Salud. (2009). *Entrevista Global Escolar de la Salud de los Estudiantes (GSHS)*. Atlanta: WHO CHP.

Orta-Cantón, A., & Sicilia-Camacho, A. (2015). Investigando los momentos óptimos en el deporte: una revisión del constructo flow. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte* , 37(1), 96-103.

Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* , 591(1), 25-39.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment* , 5(2), 164.

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology* , 3(2), 137-152.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment* , 57(1), 149-161.

Peifer, C., Schulz, A., Schächinger, H., Baumann, H., & Antoni, C. (2014). The relation of flow-experience and physiological arousal under stress—Can u shape it? *Journal of Experimental Social Psychology* , 53, 62-69.

Pennebaker, J., & Seagal, J. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology* , 55(10), 1243-1254.

Peña Contreras, K., Lima Castro, S., Bueno Pacheco, G., Aguilar Sizer, M., Keyes, C., & Arias Medina, W. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas* , 11(2), 223-232.

Pere, O., Esquerda, M., Viñas-Salas, J., Soler-Gonzalez, J., & Pifarre, J. (2015). Mindfulness en estudiantes de medicina. *Revista de la Fundación Educación Médica* , 18(5): 305-312.

Perugini, M., De la Iglesia, G., Solano, A., & Keyes, K. (2017). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology* , 13(1), 93.

Petersen, A. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology* , 39, 583-607.

Peterson, C., & Seligman, M. (2001). *Values in Action (VIA) Classification of Strengths*. <http://www.positivepsychology.org/taxonomy.htm>.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies* , 6(1), 25-41.

Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo* , 27 (1), 3-8.

Proctor, C., Linley, P., & Malthby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies* , 10 , 583–630.

Proyer, R., Annen, H., Eggimann, N., Schneider, A., & Ruch, W. (2012). Assessing the “good life” in a military context: How does life and work-satisfaction relate to orientations to happiness and career-success among Swiss professional officers? *Social Indicators Research* , 106(3), 577-590.

Quintero, M., & Orozco, G. (2013). El desempeño académico: una opción para la cualificación de las instituciones educativas. *Revista Plumilla Educativa* , 12, 93-115.

Rafanelli, C., Park, S., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Med* , 16: 55–61.

Rebellion, C., Brown, J., & Keyes, C. (2000). The encyclopedia of criminology and defiant behavior: Self-destructive behavior and disvalued identity. En C. Faupel, & P. Roman, *Suicide and mental illness* (págs. 426-429). London: Taylor & Francis.

Reinboth, M., Duda, J., & Ntoumanis, N. (2004). Dimensions of coaching behavior, need satisfaction, and the psychological and physical welfare of young athletes. *Motivation and Emotion* , 28 (3), 297-313.

Reis, H., Sheldon, K., Gable, S., Roscoe, J., & Ryan, R. (2000). Dayly well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin* , 26, 419-435.

Reschly, A., Scott Huebne, E., Appleton, J., & Antaramian, S. (2008). Engagement as flourishing: The contribution of positive emotions and coping to adolescents' engagement at school and with learning. *Psychology in the Schools* , 45 , 5 , 419-431.

Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2004). *Behavior Assessment System for Children—second edition (BASC-2)*. EEUU: MN: American Guidance Services.

Riané, K., & Luzelle, N. (2017). Experiences of flourishing and languishing during the first year at university. *Journal of Mental Health* , 27:3, 269-278, DOI:10.1080/09638237.2017.1370635.

Robatmili, S., Sohrabi, F., Shahrak, M., Talepasand, S., Nokani, M., & Hasani, M. (2014). he Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students. *International Journal for the Advancement of Counselling* , 37(1), 54-62.

Robinson, J. (2009). The business case for wellbeing: Having high levels of wellbeing is good for people – and their employers. *Podcast-Gallup Management Journal* .

Robinson, O., & Žukauskienė, R. (2017). Flourishing in European Emerging Adults. En L. Padilla, & L. Nelson, *Flourishing in Emerging Adulthood: Positive Development During the Third Decade of Life* (págs. 431-471). Reino Unido: Oxford University Press.

Robitschek, C., & Keyes, C. (2009). Keyes's Model of Mental Health With Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor. *Journal of Counseling Psychology* , 2, 321–329.

Rodak, R., & Griffin, P. (2000). Purpose in life: What is its relationship to happiness, depression, and grieving? *North American Journal of Psychology* , 2, 1 . 113-119.

Rodriguez, T. (2015). El concepto de Gratitud desde una Perspectiva Psicológica. *Revista de Psicología* , 13(1), 105-112.

Roldan, M., Bella, M., & Dionisio, L. (2018). Estudio exploratorio de las características socio-demográficas y psicopatológicas de personas denunciadas como agresores de violencia doméstica en la Ciudad de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba* , 74(4), 350-354.

Rovella, A., & Sans, M. (2005). Predictores de éxito académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Política* , 3(11).

Russell, B. (1958). *The Conquest of Happiness*. New York: Liveright.

Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* , 55 , 68–78.

Ryan, R., & Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: The importance of eudaimonic thinking. *The Journal of Positive Psychology* , 4(3), 202-204.

Ryff, C. (1985). Adult personality development and the motivation for personal growth. En D. Kleiber, & M. Maehr, *Advances in Motivation and Achievement:Vol. 4 , Motivation and Adulthood* (págs. 55–92). Greenwich: JAI Press.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology* , 57(6), 1069.

Ryff, C. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting. *Psychology and Aging* , 6(2). 286–295.

Ryff, C. (2013). Psychological Well-Being Revisited:Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom* , 2014;83:10–28.

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology* , 69(4), 719.

Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies* , 9(1), 13-39.

Ryff, C., & Singer, B. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* , 1383–1394.

Saha, R., Huebner, E., Suldo, S., & Valois, R. (2010). A longitudinal study of adolescent life satisfaction and parenting. *Child Indicators Research* , 3 , 149–165.

Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian adolescent athletes. En I. Brdar, *The human pursuit of well-being* (págs. 221-234). Netherlands: Springer.

Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: Una aproximación desde la Psicología Positiva. En C. Vazquez, & G. Hervás, *Psicología Positiva Aplicada* (págs. 403-427). Bilbao: Desclee de Brower.

Samaha, M., & Hawi, N. (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior* , 57 , 321-325.

San Martín, J., Perles, F., & Canto, J. M. (2010). Life Satisfaction and Perception of Happiness among University Students. *The Spanish Journal of Psychology* , 13, 2 , 617-628.

Sánchez Oliva, D., Leo Marcos, F., Sánchez Miguel, P., Gómez Corrales, F., & García Calvo, T. (2011). Teoría de autodeterminación y comportamientos prosociales en jóvenes jugadores de fútbol. *Apuntes. Educación Física y Deportes* , N.º 103, 1.er trimestre, pp. 32-38.

Sanchez, O., & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica* , 18(3).

Satici, S. (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: *Personality and Individual Differences* , 68–73.

Schmid, K., Phelps, E., Kiely, M., Napolitano, M., Boyd, M., & Lerner, J. (Journal of Positive Psychology). The role of adolescents' hopeful futures in predicting positive and negative developmental. 2011 , 6, 45–56.

Schonert-Reichl, K., & Stewart Lawlor, M. (2013). The Effects of a Mindfulness-Based Education Program on Pre- and Early Adolescents' Well-Being and Social and Emotional Competence. *Mindfulness* , 3,137.

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 16(1), 1-10.

Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C., Pieterse, M., Boon, B., Walburg, J., & Bohlmeijer, E. (2017). An early intervention to promote well-being and flourishing and reduce anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Internet interventions* , 15-24.

Schotanus-Dijkstra, M., Keyes, C., De Graaf, R., & Ten Have, M. (2019). Recovery from mood and anxiety disorders: The influence of positive mental health. *Journal of affective disorders* , 252, 107-113.

Schotanus-Dijkstra, M., Keyes, C., De Graaf, R., & Ten Have, M. (2019). Recovery from mood and anxiety disorders: The influence of positive mental health. *Journal of affective disorders* , 252, 107-113.

Schotanus-Dijkstra, M., Peter, M., Drossaert, C., Pieterse, M., Bolier, L., Walburg, J., y otros. (2016). Validation of the Flourishing Scale in a sample of people with suboptimal levels of mental well-being. *BMC psychology* , 4(1), 1.

Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M., Drossaert, C., Westerhof, G., De Graaf, R., Ten Have, M., y otros. (2016). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of happiness studies* , 17(4), 1351-1370.

Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S., de Graaf, R., & Bohlmeijer, E. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health Advance Access* , 1-6
doi:10.1093/eurpub/ckw202.

Schotanus-Dijkstra, M., Ten Have, M., Lamers, S., De Graaf, R., & Bohlmeijer, E. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health* , 27(3), 563-568.

Schuessler, K., & Fisher, G. (1985). Quality of life research and sociology. *Annual Review of Sociology* , 11:129-49.

Seligman, M. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. EEUU: Simon and Schuster.

Seligman, M. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon and Schuster.

Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. EEUU: American Psychological Association.

Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). What is a dream? *Positive Psychotherapy* , 744-788.

Selvaraj, P., & Bhat, C. (2018). Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Mental Health* , 27:3, 279-287,
DOI:10.1080/09638237.2018.1469738.

- Sen, A. (1999). *Commodities and capabilities*. OUP Catalogue.
- Seow, L., Vaingankar, J., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., y otros. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of affective disorders* , 190, 499-507.
- Sepulveda, C. (2013). Flourishing in Chile. How to increase well-being in the country? *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade* , 3(2), 267-275.
- Shinde, R. (2016). The Relationship between Mental Health and Depression among Science Faulty Students. *The International Journal of Indian Psychology* , Volume 4, Issue 1, No. 81, 64.
- Shoshan, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies* , 15(6), 1289-1311.
- Singh, K., & Junnarkar, M. (2015). Correlates and predictors of positive mental health for school going children. *Personality and Individual Differences* , 82–87.
- Singh, K., Bassi, M., Junnarkar, M., & Negri, L. (2015). Mental health and psychosocial functioning in adolescence: An investigation among Indian students from Delhi. *Journal of Adolescence* , 39, 59-69.
- Singh, S., & Khandelwal, S. (2014). Meaning in Life as a correlate of Mental Health. *Indian Journal of Psychological Science* , 50-58.
- Skilton, L. (2009). *Working paper: Measuring societal wellbeing in the UK*. London: Office for National Statistics (ONS).

Skrzypiec, G., Askill-Williams, H., Slee, P., & Rudzinski, A. (2016). Students with Self-identified Special Educational Needs and Disabilities (si-SEND): Flourishing or Languishing! *International Journal of Disability, Development and Education* , 63:1, 7-26.

Smith, A., Humphreys, S., Heslington, A., La Placa, V., McVey, D., & MacGregor, E. (2011). *The healthy foundations lifestage segmentation: Research Report No. 2: The qualitative analysis of the motivational segments*. London: Department of Health (DH)/National Social Marketing Centre (NSMC).

Snyder, C., & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press.

Snyder, C., & Lopez, S. (2009). *Psicologia positiva*. Porto alegre: Artmed.

Soleimani, S., Rezaei, A., & Kianersi, F. (2015). Studying the flourishing of Iranian students based on Seligman model and its comparison based on demographic variables. *International Journal of Applied Behavioral Sciences (IJABS)* , 2:1.

Steger, M. (2009). Meaning in life. En S. Lopez, & R. Snyder, *Oxford Handbook of Positive Psychology* (págs. 679-687). New York: Oxford University Press.

Steger, M., & Kashdan, T. (2009). Depression and everyday social activity, intimacy, and well-being. *Journal of Counseling Psychology* , 56, 289-300.

Steger, M., & Kashdan, T. (2007). Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *Journal of Happiness Studies* , 8, 161-179.

Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology* , 53(1), 80-93. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80.

Steger, M., Kashdan, T., Sullivan, B., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality* , 76(2),199-228. doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x.

Steger, M., Mann, J., Michels, P., & Cooper, T. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research* , 67, 353-358.

Step toe, A., Demakakos, P., De Olivera, C., & Wardle, J. (2012). Distinctive Biological Correlates of Positive Psychological Well-Being in Older Men and Women. *Psychosomatic Medicine* , 5 ,501–508.

Stolle, D. (1998). Bowling together, bowling alone: The development of generalized trust in voluntary associations. *Political Psychology* , 19(3), 497–525.

Strauss, G., Sandt, A., Catalano, L., & Allen, D. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry* , 53: 1137–1144.

Suldo, S., & Huebner, E. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research* , 78 , 179–203.

Suldo, S., & Huebner, E. (2004). The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting dimensions and adolescent problem behavior. *Social Indicators Research* , 66 , 165–195.

Suldo, S., Thaji, A., & Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual factor model. *The Journal of Positive Psychology* , 6(1) , 17-30.

Suldo, S., Thalji-Raitano, A., Kiefer, S., & Ferron, J. (2016). Conceptualizing High School Students' Mental Health Through a Dual-Factor Model. *School Psychology Review* , 45(4).

Tang, X., Duan, W., Wang, Z., & Liu, T. (2014). Psychometric evaluation of the simplified Chinese version of flourishing scale. *Research on Social Work Practice* , 1-9.

Tang, Y., Hölzel, B., & Posner, B. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci* , 2015; 16: 213-25.

Tansey, T., Smedema, S., Umucu, E., Iwanaga, K., Wu, J.-R., da Silva Cardoso, E., y otros. (2017). Assessing College Life Adjustment of Students With Disabilities: Application of the PERMA Framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin* , 1–12.

Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. . *Journal of Happiness Studies* , 7(2), 183-225.

Totan, T. (2014). Distinctive characteristics of flourishing, self-esteem, and emotional approach coping to moo. *International Online Journal of Educational Sciences* , 6(1), 30-40.

Trompetter, H., De Kleine, E., & Bohlmeijer, E. (2016). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research* , 1-10.

Uskul, A., & Horn, A. (2015). *Emotions and health. International encyclopaedia of social and behavioral sciences*. United Kingdom: Elsevier.

Üstün, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry* , 184(5), 386-392.

Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Chaves, C., & Fuentenebro, F. (2011). Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: is insight necessarily advantageous? *Psychiatry Res* , 189: 190–194.

Valladares, L. (2004). El Sentido de vida en Estudiantes de Primer Semestre de la Universidad de la Salle Bajío. *Revista del Centro de Investigación. Universidad la Salle* , 6.22 (2004): 5.

Valle, A., Regueiro, B., Núñez, J., Piñeiro, J., Rodríguez, S., & Rosário, P. (2018). Niveles de rendimiento académico e implicación en los deberes escolares en estudiantes españoles de Educación Secundaria. *European Journal of Education & Psychology* , 11(1).

Valle, M., Huebner, E., & Suldo, S. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology* , 44, 393–406.

Valois, R., Zulling, K., Huebner, E., & Drane, J. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior* , 25(4), 353-366.

Van Slingerland, V. (2016). *Establishing Foundational Data on the Mental Health Functioning, Stress, Mood, Self-Regulation Capacity, and Perceptions of Coaching Climate of Canadian Interuniversity Sport (CIS) Student-Athletes (Doctoral dissertation)*. Ottawa: Université d'Ottawa/University of Ottawa). <http://www.ruor.uottawa.ca/handle/10393/35492>.

Van Zyl, L., & Rothmann, S. (2012). Flourishing of Students in a Tertiary Education Institution in South Africa. *Journal of Psychology in Africa* , 22(4), 593-599.

Van Zyl, L., & Stander, M. (2014). *Flourishing interventions: A practical guide to student development*. EEUU: Springer.

Vazquez, C., Gonzalo, H., Rahona, J., & Gomez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud* , (5), 15-28.

Veenhoven, R. (2008). Sociological theories of subjective wellbeing. En M. Eid, & R. Larsen, *Sociological theories of subjective wellbeing* (págs. 44-61). London: Guildford Press.

Velasquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velasquez, N., y otros. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología* , 11(2), 139-152.

Vennig, A., Elliott, J., Kettler, L., & Wilson, A. (2013). Complete Mental Health in South Australian YPrevalence, Measurement, and Promotion. En C. Keyes, *Mental Wellbeing* (págs. 29-50). Netherlands: Springer .

Vielma, J., & Alonso, L. (2010). *El bienestar psicológico subjetivo en estudiantes universitarios: La evaluación sistemática del flujo en la vida cotidiana*. Venezuela: Universidad de los Andes, Facultad de Humanidades y Educación.

Vitterso, J. (2004). Subjective wellbeing versus self-actualization: using the flow-simplex to promote a conceptual clarification of subjective quality of life. *Social Indicators Research*, 65(3): 299–331.

Vitterso, J., & Soholt, Y. (2011). Life satisfaction goes with pleasure and personal growth goes with interest: Further arguments for separating hedonic and eudaimonic well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4), 326-335.

Ward, R. (2010). How old am I? Perceived age in middle and later life. *Int J Aging Hum Dev*, 71: 167–184.

Waterman, A. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 234-252.

Waterman, A. (2012). *The best within us: Positive psychology perspectives on Eudaimonic*. Washington: American Psychological Association.

Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.

Waterman, A., Schwartz, S., & Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 41-79.

Weijers, D., & Jarden, A. (2013). The science of happiness for policymakers: An overview. *Journal of Social Research & Policy* , 4(2) 21-40.

Whalen, S. (1998). Flow and the engagement of talent: Implications for Secondary schooling. *NASSP Bulletin* , 82, 22-37.

Williams, D., & Mohammed, S. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine* , 32, 20–47.

Winefield, H., Venning, A., Crabb, S., & Teng, E. (2016). Half full or half empty: the measurement of mental health and mental illness in emerging Australian adults. *Social Inquiry into Well-being* , 1-12.

Wissing, M. (2013). *Well-Being Research in South Africa*. New York: Springer.

Wong, M., & Csikszentmihalyi, M. (1991). Motivation and academic achievement: The effects of personality traits and the quality of experience. *Journal of Personality* , 59:539-74.

Wood, J. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality and Social Psychology Bulletin* , 22(5), 520-537.

Wood, J., Taylor, S., & Lichtman, R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology* , 49(5), 1169.

World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. *OMS* , <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>.

Wright, B., & Lopez, S. (2002). Widening the Diagnostic Focus: A Case for Including Human Strengths and. En S. Snyder, & S. Lopez, *Handbook of Positive* (págs. 26-45). USA: Oxford University Press.

Wrong, P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good. *Canadian Psychology* , 52 , 69–81.

Yeager, D., & Bundick, M. (2009). The role of purposeful work goals in promoting meaning in life and in schoolwork schoolwork. *Journal of Adolescent Research* , 24(4), 423-452.

Yin, K., He, J., & Fu, Y. (2013). Positive mental health: Measurement, prevalence, and correlates in a Chinese cultural context. En C. Keyes, *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* . Dordrecht: Springer.

Yngve, A., & Edwall, Z. (2015). Pursuing Flourishing:: Living a Life of Pleasure, Engagement or Meaning. *Psychology C* , <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:833506/FULLTEXT01.pdf>.

Zamora, I., Del Campo Rayas, P., Montes, J., González, O., & Betancourt, M. (2019). Predictors of risk eating behaviors in high school students/Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* , 10(1), 22-31.

Żemojtel-Piotrowska, M., Piotrowski, P., Osin, E., Cieciuch, E., Adams, G., Ardi, R., y otros. (2018). The mental health continuum-short form: The structure and application for cross-cultural studies—A 38 nation study. *Journal of clinical psychology* , 74(6), 1034-1052.

Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones* , 17, 277-283.

Zuling, K., Valois, E., Huebner, J., Oeltmann, E., & Drane, W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescent substance abuse. *Journal of Adolescent Health* , 29:279-88.

Anexos

Instrumentos de medición

A. Consentimiento informado población en tratamiento psicológico

Consentimiento Informado para la investigación de Tesis Doctoral “El Florecimiento en los Adolescentes Argentinos”

En este documento tiene como finalidad el poder explicarle todas las cuestiones relativas a la participación de su hijo en dicha investigación. Léalo y consulte con el investigador todas las dudas que se le presenten.

1.EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

El mismo fue aprobado por la Universidad de Palermo, Facultad de Ciencias Sociales. El objetivo del mismo es averiguar como el Bienestar psicológico optimo influye con factores protectores (tales como hábitos saludables, entre otros), rendimiento académico, síntomas psicopatológicos, entre otras variables de estudio positivas.Dicho estudio consta de escalas autoadministrables.

2.USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación. No se harán públicos los datos personales, los mismos serán tratados con confidencialidad y se cumplirá con el secreto profesional en el uso de la información.

3.REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Si desea que su hijo deje de participar, tiene la posibilidad de comunicarse con el investigador y el mismo dará de baja la información suministrada en las escalas.

4.DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Yo , leí el documento de consentimiento informado que se me entrego y comprendí la finalidad del mismo. Por otro lado entendí que en cualquier momento puedo rechazar que mi hijo/a participe, sin necesidad de dar explicaciones por el motivo de la deserción. Por último comprendí que los datos de mi hijo serán tratados de forma confidencial por el investigador cuyos dato de contacto es vía mail: ignaciorizzo@speedy.com.ar.

Fecha:.....

Firma:.....

Aclaración.....

Documento de identidad del padre/madre/tutor:.....

Nombre y Apellido de su hijo:.....

B. Consentimiento informado población escolar

Consentimiento Informado para la investigación de Tesis Doctoral “El florecimiento en los Adolescentes Argentinos”

En este documento tiene como finalidad el poder explicarle todas las cuestiones relativas a la participación de su hijo en dicha investigación. Léalo y consulte con el investigador todas las dudas que se le presenten.

5.EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

El mismo fue aprobado por la Universidad de Palermo, Facultad de Ciencias Sociales. El objetivo del mismo es averiguar como el Bienestar psicológico optimo influye a los 6 y 12 meses con factores protectores (tales como hábitos saludables, entre otros), rendimiento académico, síntomas psicopatológicos, entre otras variables de estudio positivas.

Dicho estudio tendrá dos tomas de las escalas autoadministrables, como también así el investigador Lic. Ignacio Andrés Rizzo tendrá acceso a las notas del boletín de calificaciones de su hijo.

6.USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación. No se harán públicos los datos personales, serán tratados con confidencialidad los datos y se cumplirá con el secreto profesional en el uso de la información.

7.REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Si desea que su hijo deje de participar, tiene la posibilidad de comunicarse con el investigador y el mismo dará de baja la información suministrada en las escalas.

8.DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Yo , leí el documento de consentimiento informado que se me entrego y comprendí la finalidad del mismo. Por otro lado entendí que en cualquier momento puedo rechazar que mi hijo/a participe, sin necesidad de dar explicaciones por el motivo de la deserción. Por ultimo comprendí que los datos de mi hijo serán tratados de forma confidencial por el investigador cuyo dato de contacto es mail: ignaciorizzo@speedy.com.ar.

Fecha:.....

Firma:.....

Aclaración.....

Nombre y Apellido de su hijo:.....

Documento de identidad del padre/madre/tutor:.....

C. Encuesta a completar por los terapeutas

Datos generales del paciente y del tratamiento a completar por el terapeuta

Paciente: Fecha:

Motivo de consulta:

Fecha de inicio del tratamiento psicoterapéutico:

Diagnóstico principal:

Diagnóstico secundario (si lo hubiese):

Síntomas principales:

Síntomas: ☐ Internalizadores ☐ Externalizadores

Tipo de sintomatología: ☐ Ansiosa ☐ Depresiva ☐ Mixta

☐ Otra: indicar _____

Etapas del tratamiento: ☐ Inicial ☐ Intermedia ☐ Final

Frecuencia del tratamiento:

☐ Dos o más veces por semana ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual

D. Encuesta demográfica de pacientes**Datos generales del paciente y del tratamiento a completar por los Pacientes**

Por favor completa los siguientes datos, marca con una X la respuesta que corresponda.

Datos demográficos

Nombre:

Apellido:

Edad:

Concurrís a la escuela Secundaria: Si ☐ ☐

Año lectivo:.....

Tratamientos Médicos

¿Has padecido alguna enfermedad o problema que haya necesitado de atención médica?

No ☐ ☐

¿Cuál/es? _____

E. Encuesta demográfica alumnos de escuelas

Datos generales del paciente y del tratamiento a completar por los Alumnos

Por favor completa los siguientes datos, en la pregunta 2.a marca con una X la respuesta que corresponda.

Datos demográficos

Nombre:

Apellido:

Edad:

Escuela:

Año lectivo:

Tratamientos Médicos, Psicológicos o Psiquiátricos

Durante el último año:

¿Has estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico? No ☐ Si ☐

En el caso de haber ido a un tratamiento psicológico o Psiquiátrico. ¿Cuáles fueron los motivos , explique de forma sintética:

Has padecido alguna enfermedad o problema que haya necesitado de atención médica? No Si ☐ ☐

¿Cuál/es? _____

F. Escala de la experiencia optima

Versión Definitiva del Cuestionario de Experiencia Óptima

Colegio:.....	Fecha:.....
Sexo:.....	Fecha de Nacimiento:.....
Edad:.....	Código:.....

1. ¿Te pasó alguna vez, cuando hacías alguna actividad que te gusta mucho, lo que se describe a continuación?:

No pienso en ninguna otra cosa más que en lo que estoy haciendo. Estoy completamente metido en lo que hago. Me siento bien, no tengo dolor y me parece como si no escuchara nada. Es como si estuviera alejado de todos. Me olvido de mis problemas.

No me doy cuenta que estoy concentrado. Pienso que si mi mamá me llama, o si sonara el timbre o el teléfono no los escucharía. Una vez que termino de hacer esa actividad vuelvo a “conectarme” con el mundo.

2. ¿Con qué actividad te pasó esto?

3. ¿En qué piensas cuando realizas esa actividad?

4. ¿Por qué realizas esa actividad? (Marcar con un tilde la opción que corresponda)

Porque tienes que hacerlo ()	Porque quieres hacerlo ()	Porque no tienes nada que hacer ()
5. ¿Estás concentrado cuando realizas esa actividad?	Muchísimo	Mucho
6. ¿Te sentís bien con vos mismo cuando realizas esa actividad?	Más o menos	Poco
7. ¿Piensas que controlas la situación?	Nada	
8. ¿Sentís que cumplís tus expectativas y tus metas?		
9. ¿Sentís que cumplís lo que los demás esperan de vos? Por ej. tus padres, tus amigos, etc.		

¿Cómo te sentías mientras realizas esa actividad?

COMPLETA CADA CASILLERO EN LA RESPUESTA

10.	Feliz			Triste
11.	Enojado			Contento
12.	Entusiasmado			Indiferente
13.	Nervioso, ansioso			Tranquilo
14.	Agresivo			Amable
15.	Aburrido			Divertido
16.	Libre			Obligado
17.	Avergonzado			Orgulloso

¿Cómo estás mientras realizas esa actividad?

18.	Alerta, bien despierto			Somnoliento o adormecido
19.	Atento			Desatento
20.	Activo			Pasivo
21.	Confundido			Con las ideas claras
22.	Fuerte			Débil
23.	Comprometido			Desinteresado

	Muchísimo	Mucho	Máso menos	Poco	Nada
24. ¿Cuándo haces la actividad, sentís que significa un desafío para vos? (Entendiendo el desafío en un sentido positivo como superación de					
25. ¿Piensas que tienes la capacidad suficiente para superar ese desafío?					
26. ¿Es una actividad importante para vos?					
27. ¿Es una actividad importante para otras personas? Por ej. Para tus padres, hermanos, amigos, etc.					
28. ¿Sentís que tienes éxito cuando lo haces?					
29. ¿Deseas estar haciendo otra cosa?					
30. ¿Cuándo haces la actividad, estás satisfecho con la forma en que lo estás haciendo?					

31. ¿Con quién estás, en general, cuando realizas esa actividad?

Sola/o ()	Hermanas/os ()	Profesores ()
Mamá ()	Amigas/os ()	Otros.....
Papá ()	Extraños ()	

G. Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)

MHC

Instrucciones: Por favor responda a los siguientes ítems teniendo en cuenta como se ha sentido en el último mes. Haga un círculo en el número correspondiente. Responda en base a la siguiente escala:

Nunca	Una o dos veces	Una vez a la semana	Dos o tres veces a la semana	Casi todos los días	Todos los días
0	1	2	3	4	5

En el último mes cuantas veces usted se ha sentido...	
1. ... feliz	0 1 2 3 4 5
2. ... interesado por su vida	0 1 2 3 4 5
3. ... satisfecho	0 1 2 3 4 5
4. ... que tenía algo importante para contribuir con la sociedad	0 1 2 3 4 5
5. ... que ha formado parte de una comunidad (como un grupo social, vecindario o ciudad)	0 1 2 3 4 5
6. ... que nuestra sociedad se está convirtiendo en un mejor lugar para la gente	0 1 2 3 4 5
7. ... que la gente es buena	0 1 2 3 4 5
8. ... que está bien la forma en que funciona la sociedad	0 1 2 3 4 5
9. ... que le agrada casi todo de su personalidad	0 1 2 3 4 5
10. ... que ha manejado bien las responsabilidades diarias	0 1 2 3 4 5
11. ... que tiene relaciones cálidas y confiables con las personas	0 1 2 3 4 5
12. ... que ha tenido experiencias que lo han desafiado a crecer y convertirse en mejor persona	0 1 2 3 4 5
13. ... seguro de pensar y expresar las propias ideas y opiniones	0 1 2 3 4 5
14. ... que su vida tiene dirección o sentido	0 1 2 3 4 5

H. SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)

SCL-90-R

Instrucciones: A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante **la última semana (7 días)**.

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

I. Encuesta de salud escolar (EMSE)

ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR, ARGENTINA 2012

Esta encuesta trata sobre temas de salud y cosas que hacés que puedan afectar tu salud. Estudiantes como vos están rellendo esta encuesta en varias ciudades del país. Los estudiantes de otros países también están realizando esta encuesta. La información que proporciones será utilizada para desarrollar mejores programas de salud para jóvenes como vos.

NO escribas tu nombre en esta encuesta ni en la hoja de respuestas. Las respuestas que suministres serán mantenidas en secreto. Nadie conocerá tus respuestas. Contestá a las preguntas basado en lo que realmente sabés o hacés. No hay respuestas correctas o incorrectas.

La realización de la encuesta es voluntaria. Tus notas o calificaciones no se afectarán si contestás o no a las preguntas. Si no querés responder a una pregunta, simplemente dejala en blanco.

Asegurate de leer cada pregunta. Rellená los círculos en tu hoja de respuestas que indican tu contestación. Usá sólo el lápiz que te entreguen. Cuando hayas terminado, seguí las instrucciones que te haya dado la persona que pasó la encuesta.

Este es un ejemplo de cómo rellenar los círculos:

Rellená los círculos así  No así  ni así 

Encuesta

1. ¿Viven los peces en el agua?

A. Sí

B. No

Hoja de respuestas

1.  (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H)

Muchas gracias por tu ayuda

1. ¿Qué edad tenés?

estatura, tu peso y acerca de pasar hambre.

- A. 11 años o menos
- B. 12 años
- 13 años
- D. 14 años
- E. 15 años
- F. 16 años
- G. 17 años
- H. 18 años o más

2. ¿Cuál es tu sexo?

- A. Masculino
- B. Femenino

3. ¿En qué grado o año estás?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5
- F. 6

Las próximas 2 preguntas se refieren a la educación de tus padres o cuidadores.

4. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por tu padre o cuidador?

- A. Primaria incompleta
- B. Primaria completa
- C. Secundario incompleto
- D. Secundario completo
- E. Terciario/Universitario incompleto
- F. Terciario/Universitario completo
- G. No sé

5. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por tu madre o cuidadora?

- A. Primaria incompleta
- B. Primaria completa
- C. Secundario incompleto
- D. Secundario completo
- E. Terciario/Universitario incompleto
- F. Terciario/Universitario completo
- G. No sé

Las próximas 3 preguntas se refieren a tu

6. ¿Cuál es tu estatura? C.

.....

7. ¿Cuánto pesás?

.....

8. Durante

los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia sentiste hambre porque no había suficiente alimento en tu hogar?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

Las próximas 4 preguntas son acerca de lo que comes y bebés

9. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente frutas como manzanas, bananas, naranjas, o mandarinas?

- A. No comí frutas durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

La próxima pregunta se refiere a los vegetales que quizás comas, como lechuga, tomate, zanahorias y zapallo. Por favor, tené en cuenta que los cereales y los tubérculos, como la papa y las batatas, no son vegetales.

10. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente verduras, como lechuga, tomate, zanahorias y zapallo?

- A. No comí verduras durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

11. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces por día tomaste habitualmente gaseosas como Coca Cola, Pepsi, Sprite o Fanta (no incluye gaseosas dietéticas/Light/Cero)?

- A. No tomé gaseosas durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez por día
- C. 1 vez por día
- D. 2 veces por día
- E. 3 veces por día
- F. 4 veces por día
- G. 5 o más veces por día

12. Durante los últimos 7 días ¿cuántos días comiste en lugares de comidas rápidas como McDonalds, o Burger King?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

Las siguientes 5 preguntas se refieren a la limpieza de dientes y de manos

13. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces por día habitualmente lavaste los dientes cepillaste los dientes?

- A. No me lavé ni cepillé los dientes durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez por día
- C. 1 vez por día
- D. 2 veces por día
- E. 3 veces por día
- F. 4 o más veces por día

14. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia lavaste las manos antes de comer?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

15. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia lavaste las manos después de usar el inodoro o la trina?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

16. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste jabón al lavar las manos?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

La siguiente pregunta es acerca de ir al dentista

17. ¿Cuándo fue la última vez que viste a un dentista para un control, examen, limpieza de dientes u otro arreglo dental?

- A. Durante los últimos 12 meses
- B. Entre 12 y 24 meses
- C. Hacía más de 24 meses
- D. Nunca
- E. No sé

Las próximas 5 preguntas se refieren a tu vacunación

18. Según lo que vos sabés, escuchaste, o te enseñaron, ¿las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación son obligatorias?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

19. Según lo que vos sabés, escuchaste, o te enseñaron, ¿las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación son gratuitas?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

20.

Según lo que vos sabés, escuchaste, o te enseñaron, ¿hay vacunas para todas las etapas de la vida?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

21. ¿Dónde aprendiste, conociste o te enteraste sobre el Calendario Nacional de Vacunación? Podés rellenar solamente una respuesta, aquella que se acerque más a tu situación?

- A. Escuela
- B. TV
- C. Mis padres o cuidadores
- D. Web/Internet
- E. Revistas/carteles en la calle/en hospitales/escuela
- F. El médico
- G. Me enteré de otra manera
- H. No me enteré/No conozco/Nosé sobre el tema

22. ¿Te vacunaste a los 11 años?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé/No recuerdo

Las próximas preguntas se refieren a agresiones físicas. Se produce una agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien, o cuando una o varias personas hieren a otra persona con un arma (como un palo, un cuchillo o un arma de fuego). No hay una agresión física cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden pelear entre sí.

23. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

Las próximas preguntas se refieren a peleas. Se produce una pelea cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden luchar entre sí.

24. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

Las próximas 3 preguntas se refieren a la más grave lesión que hayas sufrido durante los últimos 12 meses. Una lesión grave es cuando te hace perder al menos un día completo de actividades habituales (como la escuela, deportes o un trabajo) o requieres tratamiento por un médico o enfermera.

25. ¿Durante los últimos 12 meses, cuántas veces sufriste una lesión grave?
- A. Ninguna
 - B. 1 vez
 - C. 2 ó 3 veces
 - D. 4 ó 5 veces
 - E. 6 ó 7 veces
 - F. 8 ó 9 veces
 - G. 10 u 11 veces
 - H. 12 o más veces
26. ¿Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la lesión más seria que tuviste?
- A. Notuve ninguna lesión seria en los últimos 12 meses
 - B. Tuve un hueso roto o una articulación dislocada
 - C. Recibí un corte, una punzada o puñalada
 - D. Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello, me desmayé o no podía respirar
 - E. Recibí una herida con arma de fuego
 - F. Sufrí una quemadura grave
 - G. Me intoxicé o tomé mucha cantidad de un medicamento
 - H. Me sucedió otra cosa
27. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la causa principal de la lesión más grave que sufriste?
- A. No sufrí ninguna lesión grave en los últimos 12 meses
 - B. Tuve un accidente automovilístico o me atropellé un vehículo motorizado
 - C. Me caí
 - D. Alguien me golpeó
 - E. Fui atacado, agredido, abusado o estaba peleando con alguien
 - F. Estuve en un incendio o me acerqué demasiado a un llama o algo caliente
 - G. Inhalé o tragué algo que me hizo mal
 - H. Otra cosa causó mi lesión

Las próximas 2 preguntas se refieren a la intimidación. Hay intimidación cuando un estudiante o grupo de estudiantes dicen o hacen cosas malas y desagradables a otro estudiante. También se produce intimidación cuando un estudiante es objeto de bromas desagradables o se lo excluye deliberadamente. No existe intimidación cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad discuten o luchan o cuando se hacen bromas de manera amistosa y divertida.

28. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fuiste intimidado?
- A. 0 días/Ningún día
 - B. 1 o 2 días
 - C. 3 a 5 días
 - D. 6 a 9 días
 - E. 10 a 19 días
 - F. 20 a 29 días
 - G. Los 30 días
29. Durante los últimos 30 días, ¿en qué forma te intimidaron con mayor frecuencia?
- A. No fui intimidado en los últimos 30 días
 - B. Fui golpeado, pateado, empujado o en cerrado
 - C. Se burlaron de mí debido a mi raza o nacionalidad o color
 - D. Se burlaron de mí debido a mi religión
 - E. Se burlaron de mí con chistes, comentarios o gestos de índole sexual
 - F. Me excluyeron de las actividades a propósito o fui completamente ignorado
 - G. Se burlaron de mí debido al aspecto de mi cuerpo o mi cara
 - H. Fui intimidado de otra manera

Las próximas 2 preguntas se refieren al viaje en un vehículo manejado por otra persona.

30. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste el cinturón de seguridad en un auto u otro vehículo manejado por otra persona?
- A. No viajé en un vehículo manejado por otra persona
 - B. Nunca
 - C. Rara vez
 - D. A veces
 - E. Casi siempre
 - F. Siempre
31. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido viajaste en un auto u otro vehículo en el que el conductor había tomado alcohol?
- A. No he estado en un vehículo manejado por otra persona
 - B. 0 veces
 - C. 1 vez
 - D. 2 o 3 veces
 - E. 4 o 5 veces
 - F. 6 o más veces

Las próximas 7 preguntas se refieren a tus sentimientos y amistades.

32. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te sentiste solo o sola?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre

33. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuviste tan preocupado o preocupada por algo que no podías dormir en la noche?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre
34. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperado / desesperada casi todos los días durante **dos semanas consecutivas o más tiempo**, que dejaste de hacer tus actividades habituales?
- A. Sí
 - B. No
35. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste **seriamente** la posibilidad de intentar suicidarte?
- A. Sí
 - B. No
36. Durante los últimos 12 meses, ¿hiciste un plan acerca de cómo intentarías suicidarte?
- A. Sí
 - B. No
37. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste suicidarte?
- A. 0 veces
 - B. 1 vez
 - C. 2 ó 3 veces
 - D. 4 ó 5 veces
 - E. 6 ó más

38. ¿Cuántos amigos muy cercanos tenés?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3 o más

Las próximas 7 preguntas se refieren al consumo de cigarrillos y otras formas de tabaco.

39. ¿Qué edad tenías cuando por primera vez probaste un cigarrillo?

- A. Nunca fumé cigarrillos
- B. 7 años o menos
- C. 8 o 9 años
- D. 10 u 11 años
- E. 12 ó 13 años
- F. 14 ó 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años o más

40. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

41. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumiste otra forma de tabaco, como pipa, cigarrillos armados a mano o tabaco para masticar?

- A. 0 días
- B. 1 ó 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

42.

Durante los últimos 30 días ¿alguien se negó a venderte cigarrillos por tu edad?

- A. No intenté comprar cigarrillos durante los últimos 30 días
- B. Si, alguien se negó a venderme cigarrillos por mi edad
- C. No, me dio permiso para comprar cigarrillos.

43. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez intentaste dejar de fumar cigarrillos?

- A. Nunca fumé cigarrillos
- B. No fumé cigarrillos durante los últimos 12 meses.
- C. Sí
- D. No

44. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días otras personas han fumado en tu presencia?

- A. 0 días
- B. 1 ó 2 días
- C. 3 ó 4 días
- D. 5 ó 6 días
- E. Los 7 días

45.

¿Cuál de tus padres o cuidadores consume alguna forma de tabaco?

- A. Ninguno
- B. Mi padre o mi cuidador
- C. Mi madre o mi cuidadora
- D. Ambos
- E. No sé

Las próximas 8 preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Esto incluye tomar vino, cerveza, whisky, ginebra o vodka. Tomar alcohol no incluye tomar un poco o sorbos de vino por motivos religiosos. Una "bebida estándar" (otrago) es un vaso de vino (40ml), una botella o lata de cerveza (330 ml), un vaso de destilado (40ml) de whisky, ginebra, vodka o fernet.

46. ¿Qué edad tenías cuando tomaste por primera vez alcohol más que un poco o sorbos?

- A. Nunca tomé alcohol más que un poco o sorbos
- B. 7 años o menos
- C. 8 ó 9 años
- D. 10 u 11 años
- E. 12 ó 13 años
- F. 14 ó 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años o más

47. Durante los últimos 30 días, ¿en cuantos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

48. Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuánto trago tomaste generalmente por día?

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Menos de un trago
- C. 1 trago
- D. 2 tragos
- E. 3 o más tragos

49. Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste **generalmente** el alcohol que tomaste? SELECCIONÁ SÓLO UNA RESPUESTA.

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Lo compré en una tienda, un establecimiento comercial o a un vendedor callejero
- C. Le di dinero a otra persona para que me lo comprara
- D. Lo conseguí de mis amigos
- E. Lo conseguí de mi familia (en casa)
- F. Lo robé o lo obtuve sin permiso
- G. Lo conseguí de otra manera

50. ¿Qué tipo de bebida alcohólica **generalmente** tomas? ELEGÍ SOLAMENTE UNA RESPUESTA

- A. No tomo bebidas alcohólicas
- B. Cerveza
- C. Vino
- D. Bebidas fuertes, como vodka, whisky, ginebra
- E. Sangría u otra bebida con vino
- F. Gancia, Cinzano o Fernet
- G. Otro tipo

51. Durante los últimos 30 días, ¿alguien se negó a venderte bebidas alcohólicas por tu edad?

- A. No intenté comprar bebidas alcohólicas en los últimos 30 días
- B. Si, alguien se negó a venderme bebidas alcohólicas por mi edad
- C. No, mi edad no me impidió comprar bebidas alcohólicas.

Tambalearse cuando no camina, no ser capaz de hablar correctamente y vomitar son algunos signos de tener una borrachera.

52. Durante tu vida, ¿cuántas veces bebiste tanto alcohol que realmente te emborrachaste?

- A. 0 veces
- B. 1 o 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 o más veces

53. Durante tu vida, ¿cuántas veces sufriste resaca, te sentiste enfermo, tuviste problemas con tu familia o amigos, faltaste a la escuela o te metiste en peleas como resultado de tomar

- A. 0 veces
- B. 1 o 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 o más veces

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con que viste publicidad de bebidas alcohólicas en videos, revistas, Internet, cines, eventos deportivos o conciertos.

54. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia viste alguna publicidad de bebidas alcohólicas?

- A. Nunca
- B. Rara vez

59. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido extasis (bicho)?

Las siguientes 6 preguntas se refieren al uso de drogas. Esto incluye el uso de cocaína, paco, marihuana, inhalantes, anfetaminas y éxtasis.

55. ¿Qué edad tenías cuando usaste drogas por primera vez?

- A. Nunca usé drogas
- B. 7 años o menos
- C. 8 ó 9 años
- D. 10 ó 11 años
- E. 12 ó 13 años
- F. 14 ó 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años o más

56. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido marihuana (porro)?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces o más

57. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido marihuana (porro)?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces o más

58. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido anfetaminas o metanfetaminas?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces o más

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces o más

60. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido paco?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces o más

Las próximas 7 preguntas se refieren a las relaciones sexuales. Esto incluye las relaciones vaginales (cuando un hombre introduce el pene en la vagina de la mujer) y las relaciones anales (cuando un hombre introduce el pene en el ano del compañero o compañera)

61. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

62.

¿Qué edad tenías cuando tuviste por primera vez relaciones sexuales?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. 11 años o menos
- C. 12 años
- D. 13 años
- E. 14 años
- F. 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años o más

63.

Durante tu vida, ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. 1 persona
- C. 2 personas
- D. 3 personas
- E. 4 personas
- F. 5 personas
- G. 6 o más personas

64. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿vosotro y tu pareja usaron un preservativo (profiláctico o "torro")?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No

65. Durante los últimos 12 meses, ¿tuviste relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

66. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia vosotro y tu pareja usaron un preservativo (profiláctico o "torro") cuando tuvieron relaciones sexuales?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. Tuve relaciones sexuales, pero no en los últimos 12 meses.
- C. Nunca
- D. Rara vez
- E. A veces
- F. Casi siempre
- G. Siempre

67. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste vosotro y tu pareja otro método para evitar el embarazo como pastillas anticonceptivas, DIU o diafragma?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No
- D. No sé

Las siguientes 4 preguntas se refieren a la infección por VIH o SIDA.

68. ¿Has oído alguna vez hablar de la infección por VIH o de una enfermedad llamada SIDA?

- A. Sí
- B. No

69. En el transcurso de este año escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases sobre la infección por VIH o el SIDA?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

70. En el transcurso de este año escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases cómo evitar la infección por VIH o el SIDA?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

71. ¿Has hablado alguna vez con tus padres o cuidadores de la infección por VIH o el SIDA?

- A. Sí
- B. No

Las próximas 3 preguntas se refieren a tu actividad física. Actividad física es cualquier actividad que acelera los latidos del corazón y te hace respirar más fuerte/con mayor frecuencia. Se puede tener actividad física en los deportes, jugando con amigos o caminando a la escuela. Algunos ejemplos de actividad física son correr, caminar rápidamente, andar en bicicleta, bailar y jugar fútbol.

72. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos por día? SUMÁ TODO EL TIEMPO QUE PASAS HACIENDO ACTIVIDAD FÍSICA CADA DÍA.

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

73. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste a la escuela y volviste a casa caminando o en bicicleta?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

74. Durante este año escolar, ¿cuántos días fuiste a la clase de educación física cada semana?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días o más

La próxima pregunta se refiere al tiempo que pasás generalmente sentado cuando no estás en la escuela o haciendo tus tareas escolares.

75. Durante un día típico usual, ¿cuánto tiempo pasás sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear?

- A. Menos de 1 hora por día
- B. 1 o 2 horas por día
- C. 3 o 4 horas por día
- D. 5 o 6 horas por día
- E. 7 u 8 horas por día
- F. Más de 8 horas por día

Las próximas 6 preguntas se refieren a tus experiencias en la escuela y en casa.

76. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 o más días

77. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables con vos y te prestaron ayuda?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

78. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que tengas tu tarea hecha?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

79. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comprendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

80. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que vos estabas haciendo en tu tiempo libre?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

81. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores se metieron con vos sin tu aprobación/permiso?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

J. Personal Well-being Index (WBI)

WBI

Instrucciones: Las preguntas son acerca de cuán satisfecho te sentís sobre una escala del cero al diez. Para responder, colocá una cruz en la opción elegida.

Diez (10) significa muy satisfecho

Cero (0) significa muy insatisfecho

Cinco (5) significa neutral

1. Pensando acerca de tu propia vida y sus circunstancias personales, ¿cuán satisfecho te sentís?

Completamente Insatisfecho 0 1 2 3 4 5 Neutral 6 7 8 9 10 Completamente Satisfecho

2. ¿Cuán satisfecho te sentís con tu nivel (económico) de vida?

Completamente Insatisfecho Neutral Completamente Satisfecho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Cuán satisfecho te sentís con tu salud?

Completamente Insatisfecho 0 1 2 3 4 5 Neutral 6 7 8 9 10 Completamente Satisfecho

4. ¿Cuán satisfecho te sentís con tus logros?

Completamente Insatisfecho 0 1 2 3 4 5 Neutral 6 7 8 9 10 Completamente Satisfecho

5. ¿Cuán satisfecho te sentís con tus relaciones personales?

Completamente Insatisfecho 0 1 2 3 4 5 Neutral 6 7 8 9 10 Completamente Satisfecho

6. ¿Cuán seguro te sentís?

Completamente Insatisfecho 0 1 2 3 4 5 Neutral 6 7 8 9 10 Completamente Satisfecho

K. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)

SWLS

Instrucciones: Aquí tiene 5 afirmaciones acerca de la vida en general. Nos interesa conocer su opinión al respecto. Por favor, responda en relación con lo que piense y sienta. Lea atentamente e indique si está de acuerdo o no. Tiene 7 posibilidades de respuesta: 7 indica que está **muy de acuerdo** con el ítem; 1 indica que está **muy en desacuerdo**; 4 señala un punto neutral, **ni muy de acuerdo, ni muy en desacuerdo**.

Haga un círculo en el número que le parece que se corresponde con lo que piensa.

1. En la mayoría de los sentidos, mi vida está cerca de mis ideales.....	1-2-3-4-5-6-7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.....	1-2-3-4-5-6-7
3. Estoy satisfecho con mi vida.....	1-2-3-4-5-6-7
4. Hasta ahora, he obtenido las cosas importantes de la vida que siempre quise.....	1-2-3-4-5-6-7
5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada.....	1-2-3-4-5-6-7