



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE SALUD MENTAL (MHI-38) EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica que presenta la Bachillera:

TERESA DEL ROSARIO LAGUNA ROMERO

Asesora: Mg. Doris Julia Argumedo Bustinza

LIMA-PERÚ

2017

Solo la persona que tiene fe en sí misma es capaz de tener fe en los demás.

-Eric Fromm



Agradecimientos

A mi madre, por mantenerse a mi lado desde siempre.

A mi padre, por dejarme conocerlo cada día más.

A mi tía Alina, por no haber dejado de creer en mí.

A mi familia, por unirse en mi nombre.

A Doris, quien ha sido una madre y maestra en todo sentido.

A Mónica, por darme la confianza de seguir adelante en mis sueños.

A Chery, por ser un ejemplo de fortaleza para mí.

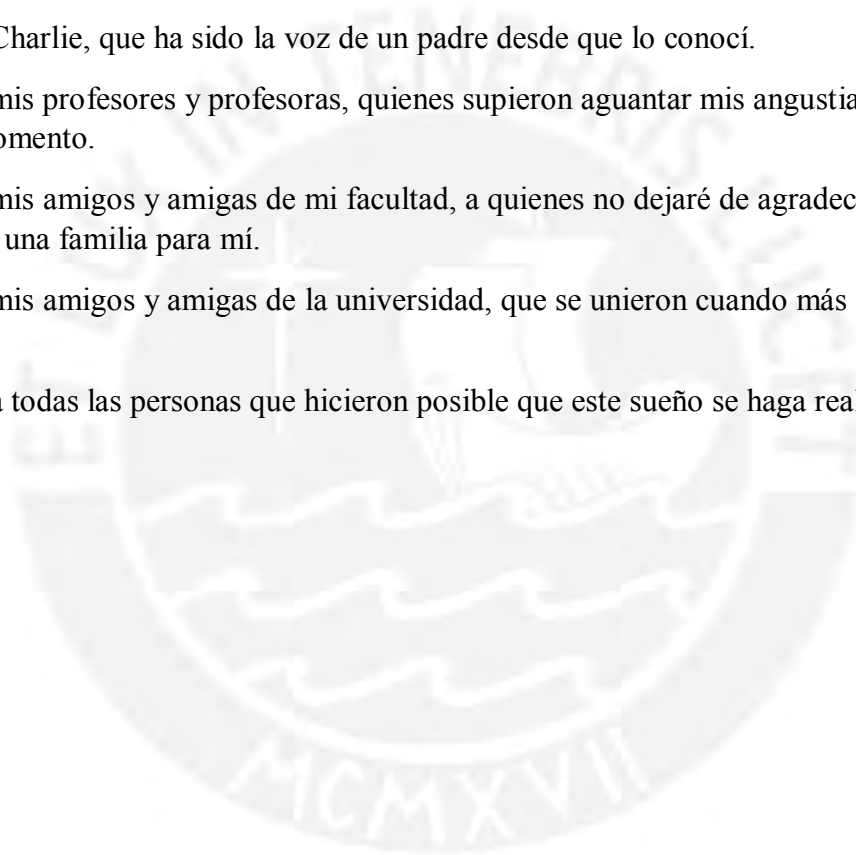
A Charlie, que ha sido la voz de un padre desde que lo conocí.

A mis profesores y profesoras, quienes supieron aguantar mis angustias y dudas en todo momento.

A mis amigos y amigas de mi facultad, a quienes no dejaré de agradecer por haber sido una familia para mí.

A mis amigos y amigas de la universidad, que se unieron cuando más los necesité.

Y a todas las personas que hicieron posible que este sueño se haga realidad...



Resumen

Propiedades Psicométricas del Inventario de Salud Mental (MHI-38) en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana

El presente estudio tiene como objetivo estudiar las propiedades psicométricas del Inventario de Salud Mental (MHI) en su versión original de 38 ítems creada por Clairice Veit y John Ware en 1983. Para ello, se analizó la estructura interna del instrumento en una población de 294 jóvenes universitarios ($M = 21.7$, $DE = 2$). A través de un análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación oblicua Promax, se fijó cinco y dos factores a fin de observar si la composición dimensional de las sub-escalas y escalas globales replicaba lo propuesto por la teoría y evidencia empírica existente respecto a las dimensiones del MHI-38. Los resultados muestran una composición multidimensional de cinco factores, de los cuales cuatro son similares a las sub-escalas originales (Afecto General Positivo, Ansiedad, Depresión e Impulsividad) y se reporta el hallazgo de la sub-escala Desesperanza. A su vez, a nivel bidimensional, los factores encontrados corresponden a la distribución original de Bienestar y Estrés Psicológico. Ambas escalas globales se relacionan entre sí indirecta y moderadamente. Asimismo, la correlación de la Satisfacción con la Vida con el Afecto Positivo fue moderada, mientras que con el Afecto Negativo fue alta. En los dos casos, las correlaciones fueron directas. Para finalizar, la confiabilidad de las escalas globales es de .90 y de las sub-escalas fluctúa entre .70 y .90.

Palabras clave: Inventario de Salud Mental, Propiedades psicométricas, Bienestar, Estrés

Abstract

Psychometrics Properties of Mental Health Inventory (MHI-38) in university students of Lima City

The present study aims to validate the Mental Health Inventory (MHI) in its original 38-items version created by Clairice Veit and John Ware in 1983. For this purpose, the internal structure of the instrument was analyzed in a population of 294 university students ($M = 21.7$, $DE = 2$). Through an exploratory factorial analysis (EFA) of principal components with oblique rotation Promax, five and two factors were set in order to observe if the dimensional composition of the sub-scales and global scales replicated what was proposed by the theory and existing empirical evidence regarding the dimensions of the MHI-38. The results show a multidimensional composition of five factors, of which four are similar to the original sub-scales (Positive General Anxiety, Anxiety, Depression and Impulsivity) and the finding of the Hopelessness sub-scale is reported. In turn, at the two-dimensional level, the factors found correspond to the original distribution of Psychological Well-Being and Stress. At the same time, both global scales are indirectly and moderately related. Likewise, the correlation of Satisfaction with Life and Positive Affection was moderate, while with Negative Affection it was high. In both cases, the correlations were direct. Finally, the reliability of the global scales is .90 and the subscales fluctuates between .70 and .90.

Keywords: Mental Health Inventory, Psychometrics Properties, well-being, distress

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes.....	11
Medición.....	11
Procedimiento.....	13
Análisis de Datos.....	14
Resultados.....	17
Discusión.....	23
Referencias Bibliográficas.....	29
Apéndice.....	35
Apéndice A: Consentimiento Informado.....	35
Apéndice B: Estadísticos Descriptivos de los ítems del MHI.....	37
Apéndice C: Estadísticos Generales de las Escalas de Satisfacción con la vida (SWLS) y Afecto Positivo y Negativo (SPANAS).....	38
Apéndice D: Análisis Factoriales Exploratorios del MHI-38.....	39

De acuerdo con Gavidia & Talavera (2012), no es posible definir la salud mental de manera única y universal ya que al encontrarse vinculada a la persona, tendería a ser cambiante y dependiente del contexto que encierre al individuo. Así, los autores consideran que cualquier definición de salud mental dependerá del marco donde se hace uso del concepto (médico-asistencial, de los pacientes, sociológico, económico y político, filosófico y antropológico), de los supuestos básicos (neutralista o normativa) y de los ideales que se tenga sobre la salud. En este sentido, cada momento de la historia ha creado y afinado una definición de la salud mental correspondiente a su época. (Gavidia & Talavera, 2012).

Se observa, entonces, que si bien durante el siglo XVIII predominaba la visión del paciente en conjunto y su relación con el medio (Dubos, 1975); al llegar el siglo XIX, la parte física de la salud tomará el foco de atención a través del ataque a las causas de las enfermedades ya que solo así podría lograrse el ideal de salud. Dentro de este contexto, se comienza a entablar la relación dicotómica de la salud y enfermedad como representación de la vida y muerte, respectivamente. Así, se reconocerá que la ausencia de una será el requisito indispensable para la presencia de la otra. La salud sería por tanto una condición de vida normal que solo se advierte cuando ha sido alterada o carece de buen funcionamiento. (Gavidia & Talavera, 2012).

Cerca de los años cuarenta, se inicia la expansión de la salud hacia el área mental y social (Gavidia & Talavera, 2012), rompiendo así el abordaje separatista con lo físico (Velázquez, 2007). Se empieza a considerar a los síntomas como psicosomáticos, lo cual da la oportunidad de expandir los fundamentos biológicos hacia el reconocimiento de procesos psíquicos subyacentes. Asimismo, aparece la aspiración hacia un ideal de bienestar general (Gavidia & Talavera, 2012) mediante la inclusión de los recursos de la persona sin contemplar la cultura, posición socioeconómica, edad, creencias o aptitudes que posea (Mira, 1956). A raíz de esto último, surge un cuestionamiento sobre la posible medición global del bienestar ya que se afirmará que cualquiera alteración en el medio ambiente afectará al individuo; por ello, será importante contextualizarlo socioculturalmente con el fin de reconocer su sanidad o enfermedad en función a las normas y cultura del que sea parte (Velázquez, 2007).

Al interior de este debate, se empiezan a destacar las capacidades de adaptación y funcionales de las personas, las cuales se supone se orientarán a la búsqueda de un equilibrio entre los diversos elementos que intervienen en sus vida con el fin de

conseguir el bienestar (Gavidia & Talavera, 2012). En base a esta propuesta, se consolidará el papel del individuo como agente y protagonista de su vida; lo cual fundamentará la definición de sujeto social que configurará la noción futura del ser bio-psico-social (Velázquez, 2007). Así, la salud, ya vista de forma holística e integral (físico, mental y comunitaria), comenzará a tomar los modelos comunitarios enfocados en la promoción de vida saludable, rehabilitación social y prevención de conductas de riesgos, como parte de su concepción (Academia Peruana de Salud, 2010). En este sentido, la salud mental será definida como parte fundamental del funcionamiento psicosocial óptimo, de la organización comunitaria consciente y, como esencia del bienestar (Mariátegui, 1988).

Las definiciones presentadas previamente han llegado a ser instrumentalizadas en diversas escalas, cuestionarios e inventarios. Con base en la dicotomía aludida líneas más arriba (Gavidia & Talavera, 2012), se registran dos polos de la medición de la salud mental. En un lado, se hallan aquellos instrumentos que se encargan de medir la ausencia de salud mental o la aparición de algún tipo de sintomatología como la Escala de estrés percibido (Cohen, Kamrack & Mermlstein, 1983), Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (González-Forteza, Wagner & Jiménez, 2012), Escala de depresión de Carroll (Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson & Greden, 1981), Cuestionario General de Salud de Goldberg (Garmendia, 2007), entre otros.

En otra esquina, desde la visión de salud mental como estado de bienestar, es conocida la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (Van Dierendonck, 2005). Un estudio realizado recientemente por Linton, Dieppe & Medina-Lara (2016) ha llegado a encontrar noventa y nueve (99) medidas de auto-informe que exploran el bienestar así como sus dimensiones. En esta revisión se recopilieron instrumentos revisados entre 1965 y 2014, y se detectó que las dimensiones que medían eran bienestar global, bienestar mental, bienestar social, bienestar físico, bienestar espiritual, actividades y funcionamiento, y circunstancias personales (Linton et al, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es descrita como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2001, p.1)” (p. 14). En concordancia con ello, se destaca la relación de coexistencia necesaria entre la salud física y mental para considerar a un individuo como sano. Asimismo, la salud mental es tomada como la

base del bienestar, permitiendo así el adecuado funcionamiento del individuo. (OMS, 2004b). En este sentido, se estaría siguiendo la línea propuesta en 1997 por The World Health Organization Quality of Life, quienes consideraban la medición de la salud mental en relación a la percepción de vida de una persona dentro del contexto cultural y sistemas de valores en el que viva; es decir, con la calidad de vida; por ello, plantearon los instrumentos WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF conocidos transculturalmente (The World Health Organization Quality of Life, 1997). De acuerdo a estas afirmaciones, la salud mental implicaría tanto la ausencia de enfermedad como el estar en buenas condiciones; añadiendo que no sería necesario una definición global de salud mental puesto que las culturas, clases y géneros podrían ser demasiado diversas para que se condense una sola conceptualización (OMS, 2004b).

A pesar de que la definición señalada contempla tanto la ausencia de síntomas que provoquen malestar como la visualización de un estado de bienestar dentro de un contexto ideal; actualmente, la OMS (2016) ha reconsiderado que la salud mental se encuentra directa o indirectamente vinculada solo al bienestar mental general. Así lo revela su *Plan de acción integral sobre salud mental para el periodo 2013-2020* el cual tiene como principal finalidad “fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales” (p.10); mediante la cobertura sanitaria universal, derechos humanos, pruebas científicas, el enfoque del ciclo vital, multisectorial y, buscando la emancipación de las personas con trastornos o discapacidades. (OMS, 2013).

Hasta aquí, se puede observar que para la OMS, la salud mental sigue siendo conceptualizada desde un solo ángulo o foco de atención: el bienestar mental ideal (2004a, 2004b, 2013, 2016), dejando de lado la posibilidad de integrar las otras facetas que posee la salud mental (Veit & Ware, 1983). A diferencia de la OMS, el Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno estadounidense realiza programas interconectando el *bienestar* psicológico, emocional y social con el *manejo del estrés* frente a las relaciones interpersonales y a la toma de decisiones, reconociéndolos como dos gamas necesarias para alcanzar una estabilidad en relación al ánimo, pensamiento y comportamiento; con vías hacia el estado de salud mental deseado (U.S. Department of Health & Human Services, 2016).

Paralelamente, y en concordancia con la OMS, los diversos organismos del Estado Peruano vinculado a la salud, conceptualizan a la salud mental como un estado de bienestar que permite el desarrollo del potencial de cada persona, la capacidad de enfrentarse ante los problemas diarios, trabajar y contribuir a su comunidad (OMS, 2004b; Ministerio de Salud, 2006; Defensoría del Pueblo, 2008). Resulta contradictorio, sin embargo, que a pesar de intentar plasmar el ideal de bienestar en la concepción de la salud mental, la mayoría de las investigaciones de estos organismos se han alejado de esta área enfocándose hacia la patología, funciones cognoscitivas y el estudio de la personalidad. En este sentido, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2008) registró 237 instrumentos adaptados entre los años 1990 y 2004, de los cuales solo se hallaron tres (3) que aluden a la evaluación del bienestar (Escala de Bienestar Psicológico, Escala de Bienestar Subjetivo y Escala de Satisfacción con la Vida); mientras que se encontraron 27 estudios que profundizan más la sintomatología (Cuestionario de Depresión de Autovaloración del Estrés (CAE), de Depresión para niños (CDS), Inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado (IDARE), Escala de Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad, etc.). No obstante, se debe resaltar el interés de las investigaciones peruanas hacia el área social, abordando temas como la familia (13), drogas (9), organizaciones (6), calidad de vida (6), moral (6), sexualidad (5) e intereses vocacionales (5). (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2008).

Como se ha podido apreciar, la conceptualización de salud mental ha variado e incluido diversas variantes a lo largo de la historia; desde priorizar solo la sintomatología hasta llegar a incluir mayores facetas e influencias como los procesos psíquicos, el medio ambiente (Dubos, 1975), la cultura (Velázquez, 2007), adaptación, funcionalidad, los recursos (Mira, 1956) y la comunidad (Gavidia & Talavera, 2012); teniendo como principal foco la búsqueda del bienestar mediante la prevención de trastornos, promoción de autocuidados y rehabilitación (OMS, 2016). En este sentido, resulta paradójico que luego de este largo recorrido histórico, la dicotomía salud-enfermedad aún subsista y se considere que una sola dimensión de la salud mental podría determinar que una persona se encuentra “totalmente” sana, para el caso psicológico, el estado de bienestar. A raíz de esta dicotomía, autores como Veit & Ware (1983) resaltarán la importancia de tomar en cuenta diversos aspectos de la salud mental de persona, desarrollando el modelo de factores jerárquicos de salud mental.

En 1983, Veit & Ware deciden plantear un modelo de salud mental no clínico donde se intenta reconocer las diferentes facetas que esta posee (los síntomas de ansiedad y depresión, los hábitos de salud, el estado de bienestar, los miedos y el estatus funcional) así como la integración de dos aspectos separados comúnmente para la evaluación psicológica: el bienestar y el estrés. Ambos, poseen la misma relevancia e influencia en relación a la salud mental. Además, abarcan otras instancias que son importantes para la construcción de los dos conceptos complejos ya mencionados. En este sentido, se reconocerán a los lazos emocionales y al afecto general positivo como compuestos principales del bienestar y; se observarán a la angustia, depresión e impulsividad (pérdida del control) como constructos fundamentales del estrés psicológico. Así, se considerará tanto las gamas positiva y negativa, aceptando la coexistencia de ambas dentro de la salud mental. (Veit & Ware, 1983).

Veit & Ware (1983) operacionalizarán este modelo de Salud Mental a través del Inventario de Salud Mental (MHI), tomando la decisión de analizar la estructura interna subyacente y otorgarle validez instrumental a la propuesta planteada en población no clínica. Gracias a ello, fundamentarán el modelo de factores jerárquicos de la Salud Mental, compuesto por dimensiones de segundo orden (bienestar y estrés) y de primer orden (lazos emocionales, afecto general positivo, ansiedad, depresión e impulsividad/pérdida del control). Deciden así realizar la aplicación del MHI en cuatro ciudades americanas con características diferentes pudiendo reconocer y validar el conjunto de factores clínicos propuestos dentro de una población no clínica (N=5 089) así como postular la estabilidad de dichos componentes a través de un año de intervalo. Los resultados favorables del estudio de Veit & Ware contribuyeron a confirmar su postulación sobre la generalización de su modelo de salud mental en la población general. (Veit & Ware, 1983).

Cabe mencionar que, en su primera aproximación, Veit & Ware (1983) optaron por desarrollar un análisis factorial exploratorio a partir de la extracción de componentes principales con rotación Varimax para evaluar la estructura interna del Inventario de Salud Mental (MHI). Asimismo, luego de su primer análisis, agregaron la rotación oblicua Promax con el fin de determinar la correspondencia de los ítems a los clústeres de orden inferior y superior así como la asociación entre estos. En el caso de la primera extracción, se reconoció que una estructura basada en un solo factor explicaba el 43% de la varianza total; luego, al extraer dos factores, la varianza explicada aumentó

al 50% y, finalmente, al presentar un modelo donde se extraían los cinco factores propuestos, se concretó una solución del 60%. (Veit & Ware, 1983).

Posteriormente, se probó la idoneidad del modelo de cinco factores mediante un análisis factorial confirmatorio, en donde se reconoció que este era el indicado debido a que capta más del 49% de información en comparación a un modelo de un solo factor. A su vez, las cargas factoriales por sub-escala fluctúan entre .58 a .83 (Afecto General Positivo); de .82 a .85 (Lazos Emocionales) con excepción del reactivo dos (2); .50 a .80 (Ansiedad) con excepción del reactivo veintidós (22); de .74 a .83 (Depresión) con excepción del reactivo treinta y ocho (38) y; de .44 a .69 (Impulsividad). Los reactivos especificados (2, 22, 38) cargaron en más de una sub-escala e incluso presentaron cargas negativas. Veit & Ware (1983) notaron que estos mostraban falta de correspondencia y/o predominancia teórica con la solución de cinco factores; por ello, optaron por eliminarlos de este análisis. Para el caso de la distribución de dos factores, decidieron conservarlos pero de forma inversa. Finalmente, los autores recalcaron que los reactivos manifiestan una correspondencia positiva con el factor al cual pertenecen. En este sentido, casi la totalidad de ítems fueron invertidos a excepción de los ítems ocho (8), catorce (14) y dieciocho (18). (Veit & Ware, 1983)

Paralelamente, Veit & Ware (1983) reportaron una consistencia interna en las diferentes sub-escalas que fluctúan entre los rangos de .83 a .92 y, en el caso del Índice de Salud Mental, .96. En relación a la estabilidad, se le ha considerado como moderada en forma global debido al rango de .56 a .64 en el que se hallan las puntuaciones de sus escalas. (Veit & Ware, 1983).

Finalmente, los autores encontraron correlaciones ítem-test superiores a .15 (perteneciente a cada ítem del instrumento sustentando así la composición de dos dimensiones superiores). No obstante, 13 reactivos no contaron con esta característica. Según Veit & Ware (1983), ello podía esperarse ya que estos forman parte de dos factores de primer orden (depresión e impulsividad) que no fundamentan ninguna relación teórica.

La importancia de los hallazgos mencionados ha propiciado la réplica de la investigación de la estructura interna del modelo de Veit & Ware a través de los años; por ejemplo, en el caso de la población clínica alrededor del continente asiático, como en China (Watson, Wang, Thompson & Meijer, 2014), Pakistán (Khan, Hanif & Tariq,

2015) y Taiwán (Liang, Chong, Krause, Liang & Ying, 1992). Asimismo, se han realizado análisis de validez convergente en India (Brar, Kaur & Sharma, 2013; Damodaran & Varghese, 2016; Sood, Bakhshi & Devi, 2013), Israel (Florian & Drory, 1990) y Pakistán (Khan et al., 2015).

El Inventario de Salud Mental (MHI) (Veit & Ware, 1983) ha demostrado validez de constructo en población China y Taiwanesa donde se ha replicado la misma estructura factorial, encontrándose correlaciones negativas moderadas (-0.392 y -0.413) entre las dos dimensiones superiores de dicho instrumento (Liang et al., 1992). Además, a través de un análisis factorial exploratorio en Pakistán, se reveló la composición basada en dos factores separados que explican el 33.56% (Estrés Psicológico) y el 25.55% (Bienestar) de la varianza y cuyas consistencias internas fueron de .95 y .96, respectivamente (Khan et al., 2015).

Con el fin de corroborar los resultados favorables de los estudios mencionados, se deben destacar las aplicaciones realizadas a población clínica. Se ha logrado recolectar así, evidencia empírica sobre validez por diferenciación de grupos, al observarse mayores niveles de salud mental en no pacientes en comparación a personas con trastorno depresivo mayor (Khan et al., 2015); brindando además la posibilidad de la aplicación del MHI en población clínica que se encuentre tanto dentro como fuera de un centro de salud (Florian & Drory, 1990).

Posteriormente, se han encontrado relaciones entre la salud mental, observada a través del MHI, con resiliencia (Sood et al., 2013), autoestima (Brar et al., 2013), sentimientos depresivos, grado de ansiedad, emociones positivas e interacciones sociales (Damodaran & Varghese, 2016). En algunos casos, se han hallado diferencias significativas en relación al género (Damodaran & Varghese, 2016; Florian & Drory, 1990; Khan et al., 2015); en otros, el nivel socioeconómico (Khan et al., 2015) y el lugar de residencia (Liang et al., 1992) demostrando no ser una influencia predominante en los resultados de cada investigación. Asimismo, se ha llegado a corroborar la consistencia del modelo de factores jerárquicos en adolescentes (Liang et al., 1992; Sood et al., 2013), adultos (Florian & Drory, 1990; Khan et al., 2015; Damodaran & Varghese, 2016) y ancianos (Brar et al., 2013; Watson et al., 2014).

En el continente oceánico, se debe destacar el trabajo transcultural que respaldó el gobierno de Queensland en Australia, logrando traducir el Inventario de Salud Mental

para población no clínica en trece idiomas diferentes (árabe, chino, croata, persa, griego, italiano, camboyano, samoano, serbio, español, filipino, vietnamita, indonesio). Así, se realizó un esfuerzo conjunto entre intérpretes, psicólogos, trabajadores comunitarios y nativos de cada lenguaje seleccionado. Todo este equipo buscó que las traducciones realizadas respeten las diferencias culturales, logrando así una medición universal de la salud mental (Queensland Transcultural Mental Health Centre, 2005). Coombs (2005), paralelamente al trabajo mencionado, elaboró el *Manual de Entrenamiento para los Clínicos en Salud Mental*. De este modo, con el apoyo del gobierno australiano, se pudo presentar al público la medición, historia y estructura del MHI en Australia.

Respecto a América Latina, solo se reconocen hallazgos de la versión reducida propuesta por McHorney & Ware en 1995, donde el Inventario de Salud Mental es sintetizado en cinco ítems que se focalizan en la evaluación de síntomas depresivos y ansiosos (McHorney & Ware, 1995). Esta nueva versión (MHI-5) ha llegado a la población de Brasil (Figueiredo et al., 2014), India, Pakistán y China (Shahenna, 2014) y, a grupos clínicos de México (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí & Lara, 2002), Holanda (Cuijpers, Smith, Donker, Have & De Graaf, 2009) y Reino Unido (McCabe, Thomas, Brazier & Coleman).

El Inventario de Salud Mental de Viet & Ware (1983) ha sido investigado en su forma original (38 ítems) en los estudios ya mencionados. Así, ha logrado demostrar la importancia de un modelo jerárquico y multidimensional de la salud mental. En este sentido, resultaría relevante plantear su estudio en contextos culturales aún no explorados. Por tales motivos, el presente trabajo propone el estudio de las propiedades psicométricas del Inventario de Salud Mental (MHI) (Veit & Ware, 1983) con el fin de evaluar un nuevo modelo de salud mental así como contribuir a la investigación instrumental del país. En particular, se analizará la estructura interna del modelo de factores jerárquicos observando las relaciones de los componentes propuestos por los autores previamente mencionados. Además, se explorará la convergencia del constructo salud mental (Veit & Ware, 1983) con el afecto positivo y negativo (Gargurevich & Matos, 2012) y la satisfacción con la vida (Figueiredo et al., 2014). Por último, la confiabilidad por consistencia interna será evaluada mediante el índice de alfa de Cronbach.

Para alcanzar los objetivos señalados, el presente trabajo plantea la recolección de datos a través de la aplicación de los siguientes instrumentos en un único momento:

Inventario de Salud Mental (MHI) (Veit & Ware, 1983), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) –con propiedades psicométricas brasileñas-(Figueiredo et al., 2014) y Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANAS) –con propiedades psicométricas peruanas-(Gargurevich & Matos, 2012). Asimismo, cabe resaltar que la toma de información será realizada en jóvenes universitarios procedentes de universidades privadas de la ciudad de Lima Metropolitana.





Método

Participantes

El grupo de participantes del estudio estuvo conformado por 294 estudiantes de cuatro facultades de una universidad privada de Lima Metropolitana. El promedio de edad fue 21.65 años ($DE = 1.9$), con un mínimo de 17 y un máximo de 28 años; siendo 59.5% de la muestra hombres y el resto, mujeres. Paralelamente, la mayoría (77.6%) ha nacido en la ciudad de Lima; asimismo, se debe resaltar que el 21.8% ha residido 7 años en la capital ($DE = 4.8$). La participación de los estudiantes fue voluntaria; declarada mediante un consentimiento informado donde también se les informó los fines de la investigación, de la libertad de su participación y de un contacto con el cual comunicarse en caso surgiera alguna duda u objeción.

Medición

Inventario de Salud Mental (MHI) (Veit & Ware, 1983): Para el presente trabajo, se utilizará la versión en español adaptada por Queensland Transcultural Mental Health Centre (2005). El instrumento original fue desarrollado en 1983 por Clairice T. Veit y John E. Ware Jr. con el fin de medir así como estandarizar la salud mental en la población no clínica ($N = 5\ 089$). Está constituido por cinco dimensiones de primer orden que son los Lazos emocionales, Afecto general positivo, Ansiedad, Depresión e Impulsividad/Pérdida de control; y, dos de segundo orden, representados por el Bienestar y Estrés Psicológico. De los 38 ítems que componen el MHI, solo dos (ítem 9 e ítem 28) son medidos a través de una escala Likert con un intervalo de 1 a 5; para el resto, se emplea una escala de 1 a 6.

El Inventario de Salud Mental (MHI) está compuesto por 38 ítems, los cuales son medidos mediante una escala Likert pero en diferentes rangos. Alrededor del 94.7% de los reactivos poseen un intervalo de 1 a 6 puntos, donde varía la descripción en relación a la consigna de cada pregunta. Así, se reconoce un primer caso donde 1 es “Todo el tiempo” y 6 es “Nunca” (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 22, 23, 26, 29, 30, 31, 34, 36, 37); para otros 1 es “Siempre” y 6 es “Nunca” (3, 12, 15, 16, 20, 21, 24, 27, 32, 35). Asimismo, se hallan los ítems 1 (1 es “Muy contento/a” y 6 es “Muy insatisfecho/a”), 8 (donde 1 es “Para nada” y 6 es “Sí, y estoy preocupado/a por ello”), 14 (donde 1 es “Sí, muy en control” y 6 es “No, y me molesta mucho”), 25 (donde 1 es “Sumamente, al punto que no podía encargarme de nada” y 6 es “No me molestaron

para nada”), 33 (donde 1 es “Sí, sumamente, al punto de sentirme enfermo o casi enfermo” y 6 es “No, para nada”) y 38 (donde 1 es “Casi más de lo que puedo tolerar” y 6 es “No, para nada”), los cuales poseen una descripción particular para cada reactivo. (Veit & Ware, 1983).

Paralelamente, se aprecian dos reactivos cuya escala Likert varía en un rango de 1 a 5, donde 1 es “Sí, al punto que durante días, no me importaba nada” y 5 es “No, nunca me he sentido deprimido/a” (ítem 9) y; donde 1 es “Muy seguido” y 5 es “No, nunca” (ítem 28). La sumatoria de todos los puntajes mencionados permite obtener un marcador total que refleja el estado de la salud mental del evaluado, sostenible por un año de intervalo. (Veit & Ware, 1983).

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): La escala en cuestión procede de la medición original de Diener, Emmons, Larsen y Griffin de 1985 (citado en Cárdenas, Barrientos, Bilbao, Páez, Gómez, & Asún, 2012). Este instrumento está conformado por cinco afirmaciones y es medido mediante una escala Likert de 7 puntos que permite señalar el nivel de desacuerdo de la persona (1) o de acuerdo (7); donde el puntaje neutral total será de 20. Se ha validado en población chilena universitaria con un rango de correlación de ítems de .42 a .68 y con una consistencia interna de .87. Asimismo, se corroboró que cada reactivo correlacionaba adecuadamente a su escala (.60 a .78). (Cárdenas et al., 2012). Cabe señalar que, en la versión utilizada en el Perú se halló que un solo factor podía explicar el 57.63% de la varianza total y que la prueba contó con una consistencia interna considerable ($\alpha = .81$). (Martínez, 2004). En el presente estudio, se obtuvo un resultado similar ($\alpha = .79$).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANAS): La primera validación peruana realizada por Grimaldo en el 2003 se basa en la escala original de Watson, Clark y Tellegen creada en 1988 (citado en Gargurevich & Matos, 2012). Posee 20 adjetivos divididos en dos grupos equiparables: afecto positivo y negativo. El instrumento recopila información en relación a la frecuencia en que la persona ha vivenciado los adjetivos en cuestión durante un intervalo de tiempo determinado. En el caso de Perú, se optó por un lapso de tiempo de una semana previa a la toma de información. (Gargurevich & Matos, 2012).

Gargurevich & Matos (2012) decidieron estudiar el modelo original de dos factores a través de un AFC en dos grupos de estudio en donde se plantearon tres

modelos: un solo factor, bi-factorial no correlacionados y bi-factorial correlacionados; siendo este último considerado como el mejor debido a su AIC más bajo respecto al resto. Respecto a los índices de bondad de ajuste, para la muestra 1 fueron $S-B\chi^2_1 = 856.97$, $RMSEA_1 = .068$, $CFI_1 = .97$, $AIC_1 = .938.97$ y, en el caso de la muestra 2 se obtuvo $S-B\chi^2_2 = 836.31$, $RMSEA_2 = .079$, $CFI_2 = .96$ y $AIC_2 = .918.31$. Posteriormente, en las dos muestras planteadas se hallaron correlaciones entre la escala de afecto positiva y negativa de $r_1 = .36$ y $r_2 = .24$; respecto a la cargas factoriales, se encontraron en la muestra 1 puntajes de .46 a .76 (positiva) y .42 a .92 (negativa) y; en la muestra 2, .50 a .84 (positiva) y .57 a .81 (negativa), demostrando así la validez de constructo requerida. (Gargurevich & Matos, 2012).

En relación a la confiabilidad de las escalas, los coeficientes de consistencia interna de la muestra 1 fueron de .86 (afecto positivo) y .90 (afecto negativo); alcanzando correlaciones elemento-total corregidas de .41 a .66 (afecto positivo) y .52 a .78 (afecto negativo). Para el caso de la muestra 2, los coeficientes de consistencia interna fueron de .89 y .90, para la escala de afecto positivo y negativo, respectivamente. (Gargurevich & Matos, 2012). En el presente estudio, los coeficientes de consistencia interna alcanzaron un coeficiente de alfa de Cronbach de .89 para ambas escalas.

Procedimiento

Previo al levantamiento de información, tres psicólogos con experticia en el área realizaron una revisión lingüística del protocolo a aplicar, observando las frases y/o expresiones utilizadas en la traducción de Queensland Transcultural Mental Health Centre (2005). Con la aprobación de los expertos, se ejecutó una aplicación piloto a 50 jóvenes universitarios voluntarios cuyas características eran similares a la población de este estudio. Los resultados de esta primera aproximación demostraron que el grupo de participantes comprendían los enunciados del protocolo completo y sus tiempos de resolución fluctuaban entre veinte a treinta y cinco minutos. Se debe aclarar que la información otorgada en esta parte preliminar no se utilizó en la aplicación general de este estudio.

Posterior al reconocimiento del comportamiento del protocolo en el campo, se procedió a la aplicación general. El recojo de datos se realizó en diferentes ocasiones y lugares; sin embargo, se debe precisar que se mantuvo el mismo encuadre de tiempo,

espacio y momento solicitado para la toma de encuestas (se brindó treinta minutos previos al final de cada clase a donde se ingresó). Asimismo, se contó con dos encuestadores que si bien poseían la misma presentación y discurso al momento de realizar cada aplicación, se debe tener en cuenta las características propias en las que difiere cada persona.

Análisis de datos

Para el desarrollo de los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21. En un inicio, se examinaron las medidas de dispersión de asimetría y curtosis de los reactivos que componen las sub-escalas (5) y escalas globales (2). Al observar que ambos índices se encontraban dentro de los límites establecidos (± 1.5) y próximos a cero en la mayoría de los ítems, es posible asumir que las distribuciones tienden a la simetría; por lo tanto, se decidió el uso de estadísticos paramétricos (Apéndice B). (Harris & DeMets, 1972; Pérez, 2004; Martínez, Hernández & Hernández, 2006).

Luego, se realizaron los análisis descriptivos a nivel de los ítems que integran las sub-escalas y escalas globales. Posteriormente, se procedió a desarrollar el análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación oblicua Promax dado que el modelo supone relación entre sus factores. En primera instancia, se optó por este tipo de análisis ya que esta investigación plantea replicar el estudio original así como otros realizados previamente (Veit & Ware, 1983; Liang et al., 1992; Watson et al., 2014; Khan et al., 2015). En segunda instancia, si bien se sabe que este no es un método de análisis factorial propiamente dicho, esta reducción de dimensiones posibilita la síntesis de variables en un número menor al inicialmente planteado (Terrádez, 2002). Asimismo, este análisis permitiría observar las combinaciones lineales de este nuevo grupo de variables, las cuales serán independientes entre sí (Field, 2009). Aunque este método trabaje asumiendo una varianza inicial común; posterior a la extracción de factores las comunalidades reflejarán cuánto de varianza de cada reactivo es en realidad común o compartida con los factores (Field, 2009). A su vez, se debe recordar que el objetivo principal del análisis de componentes principales es explicar la varianza total; por ello, no requiere contar con estimaciones iniciales (Martínez et al., 2006).

Se desarrolló un AFE libre; seguidamente, se fijó cinco y dos factores a fin de observar si la composición dimensional de las sub-escalas y escalas globales replicaba

lo propuesto por la teoría y evidencia empírica existente respecto a las dimensiones del MHI-38 (Veit & Ware, 1983). Para cada caso, se analizó el cumplimiento de las condiciones para la factorización de la data a través del cálculo de la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin, considerándosele excelente debido a su proximidad a la unidad ($KMO_1 = .95$; $KMO_5 = .94$; $KMO_2 = .95$) y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2_1 = 6955.40$; $\chi^2_5 = 6240.13$; $\chi^2_2 = 6191.40$; $p < 0.001$), estableciéndose la idoneidad para ser factorizadas (Pérez, 2004). A su vez, se examinaron las cargas factoriales de los ítems así como la varianza total explicada.

Asimismo, para analizar la consistencia interna de cada factor del MHI-38, se empleó el coeficiente de alfa de Cronbach. Según Barraza (2007), la valoración de dicho coeficiente no es sencilla y, por ende, dependerá del propósito del instrumento. En este sentido, si bien se reconoce como umbral crítico a .7 (Pérez, 2004; Martínez, Martínez, Pérez & Cánovas, 2009; European Federation of Psychologists Associations, 2013), cabe la posibilidad de considerar como índice mínimo a .5 para los estudios de investigación (Rosenthal, como se citó en García, 2005).

Finalmente, para estudiar la convergencia entre los constructos medidos por el MHI-38, el SWLS y el SPANAS (Cárdenas et al., 2012; Gargurevich & Matos, 2012), se utilizó el estadístico de correlación de Pearson (Restrepo & González, 2007). La literatura plantea tener como norma general que mientras más próximo se encuentre el valor del coeficiente a 0, más débil sería la correlación entre los constructos medidos; sea negativo o positivo (Field, 2009). Dentro de esta regla, Cohen (como se citó en Martínez-García & Martínez-Caro, 2009), Field (2009), Martínez et al., (2009) y Vinuesa (2016) respaldan la propuesta de Cohen de considerar de “gran relevancia” tamaños de efecto superior a .5, en el caso de la correlación (pequeño: .20; mediano: .50; grande: .80).



Resultados

Se revisaron los estadísticos descriptivos de los ítems que componen el MHI-38, encontrando puntuaciones promedio que van de 1.2 ($DE = .6$) a 4.3 ($DE = 1.2$) (Apéndice B). Se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación Promax el cual mostró una estructura de cinco factores con valores propios superiores a 1 con un porcentaje de explicación de la varianza de 64.10%. Posteriormente, se decidió someter a la escala a un AFE de componentes principales con rotación Promax de factores fijado (5 factores). Los resultados arrojaron una estructura factorial idéntica a la encontrada en el AFE inicial. (Apéndice D).

La estructura factorial presentó la siguiente composición. El primer factor agrupa la fusión de las sub-escalas Afecto General Positivo y Lazos Emocionales, al ítem 22 con carga negativa ($\lambda = -.43$) y, al ítem 10 con carga positiva ($\lambda = .47$). No obstante, el ítem 10 carga negativamente en el tercer factor ($\lambda = -.43$). El segundo factor corresponde a una composición similar a la sub-escala original de Ansiedad, a la que se agrega el ítem 38 ($\lambda = .66$), correspondiente originalmente a la sub-escala Depresión. El tercer factor agrupa a gran parte de los ítems de la sub-escala original de Depresión con los ítems 2 ($\lambda = -.81$) y 23 ($\lambda = -.53$) con carga negativa, ambos pertenecientes a la sub-escala original de Lazos emocionales. Por su parte, el ítem 20 ($\lambda = .86$), que se esperaba que cargue en la sub-escala Impulsividad, pasó a formar parte de este factor. El cuarto y quinto factor se formaron de la descomposición de la sub-escala original de Impulsividad. Sin embargo, el quinto factor también incluye al ítem 32 ($\lambda = .46$), de la sub-escala Ansiedad propuesta por Veit & Ware (1983).

La distribución mostró que los ítems 18, 24 y 36 no cargan en ningún factor ($\lambda < .4$). Los ítems 10 y 23 presentan cargas en más de dos factores; por ello, se decidió eliminarlos de la configuración, siguiendo la regla aplicada en el modelo original (Veit & Ware, 1983). Asimismo, en el caso de los ítems 2 ($\lambda = -.81$) y 22 ($\lambda = -.43$) se procedió a invertir cada uno de los reactivos puesto que se buscaba una correspondencia directa entre los ítems y factores; situación que se replica en el MHI-38 (Veit & Ware, 1983).

Se realizó los cambios acordados y se sometió los resultados previos a un AFE de componentes principales con rotación Promax fijando cinco factores (5), estas resumían el 61.6% de la variabilidad total de los datos. Solo fueron tomados en cuenta

los ítems cuya carga factorial era superior a .40. Asimismo se aprecian correlaciones intra-factores directas ($.5 < r < .6$) e inversas ($-.6 < r < -.5$) moderadas. En el caso de la composición, el factor A (sub-escala peruana de Afecto General Positivo) queda constituido por los ítems 1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 22, 26, 31, 34 y 37; el factor B (sub-escala peruana de Ansiedad) agrupa a los ítems 3, 11, 13, 15, 25, 29, 33, 35 y 38; el factor C (sub-escala peruana de Depresión) se compone por los ítems 2, 9, 19, 20 y 30; el factor D (sub-escala peruana de Desesperanza) se constituye con los ítems 16, 21, 27 y 28 y; el factor E (sub-escala peruana de Impulsividad) estará compuesto por los ítems 8, 14 y 32. (Tabla 1).

Para el caso de las escalas globales, se desarrolló el AFE de componentes principales con rotación Promax fijando dos factores el cual mostró una estructura de dos factores similar al modelo planteado por Veit & Ware (1983). (Apéndice D). El primer factor agrupa ítems correspondientes a la escala global original de estrés psicológico; sin embargo, los ítems 2 y 8 dejaron de pertenecer a esta formación debido a su poca carga factorial ($\lambda < .4$). El segundo factor (X), muestra una composición similar a la escala global de bienestar psicológico. Sin embargo, también se añaden los ítems 14 ($\lambda = -.49$), 18 ($\lambda = -.54$), ambos de la escala original estrés psicológico y, el ítem 22 ($-.47$); todos con carga negativa.

Dado que el ítem 14 cargó positivamente en el factor E (sub-escala peruana de Impulsividad) ($\lambda = .87$) y, posteriormente, de forma negativa ($\lambda = -.49$) en el factor X (bienestar psicológico) de las escalas globales; se decidió su eliminación. El ítem 18 también mostró dificultades como en la composición de las 5 sub-escalas; por lo tanto, se optó por eliminarlo. Respecto al ítem 22, al igual que en las sub-escalas, se optó por invertirlo ya que se busca su relación directa con el factor donde finalmente cargó ($\lambda = -.47$); así como seguir las pautas del modelo original de Veit y Ware (1983).

Luego de los cambios acordados, se sometió a un nuevo AFE de componentes principales con rotación Promax fijando dos factores. Este análisis mostró una estructura con un porcentaje de explicación de la varianza del 49.34%. Se tomaron en cuenta los ítems cuya carga factorial superó el umbral de .40. La composición final del factor X agrupa los ítems 1, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 17, 22, 23, 26, 31, 34, 37 y corresponde a la escala peruana de Bienestar psicológico. Por otro lado, el factor Y queda constituido por los ítems 3, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 38, y corresponde a la escala peruana de Estrés psicológico. Asimismo, se observa una

relación inversa y moderada-alta entre los dos factores hallados ($r = -.6$). (Tabla N°2).

Tabla 1

Composición Final de las sub-escalas del MHI-P

	Componentes					Correlación elemento-	
	A	B	C	D	E	h^2	total corregida
1. Feliz, satisfecho o complacido.	.53					.63	.71
4. Futuro esperanzador, prometedor.	.78					.63	.69
5. Vida diaria interesante.	.89					.57	.60
6. Relajado y sin tensiones.	.71					.72	.77
7. Generalmente disfruta las cosas.	.71					.64	.74
12. Esperaba tener un día interesante.	.94					.69	.64
17. Tranquilo y en paz.	.52					.64	.76
22. Relajarse sin dificultad.	.43					.67	.61
26. Vida como aventura maravillosa.	.90					.67	.69
31. Alegre y sin preocupaciones.	.54					.59	.76
34. Sentirse alegre.	.64					.51	.78
37. Despertar fresco y descansado.	.42					.74	.56
3. Nervioso, agitado ante lo imprevisto.		.70				.52	.62
11. Muy nervioso.		.94				.56	.74
13. Tenso.		.79				.64	.69
15. Temblor de manos cuando hacía algo.		.43				.73	.45
25. Molestia por nervios.		.80				.52	.70
29. Inquieto, agitado o impaciente.		.77				.56	.68
33. Ansioso o preocupado.		.64				.67	.72
35. Tratar de calmarse.		.46				.62	.59
38. Presión, estrés y demandas.		.62				.53	.63
2. Sentirse solo.			.78			.59	.62
9. Sentirse deprimido.			.61			.60	.65
19. Descorazonado y triste.			.88			.69	.75
20. Sentir ganas de llorar.			.87			.73	.61
30. Malhumorado o melancólico.			.65			.61	.70
16. Nada que esperar.				.60		.41	.61
21. Mejor si está muerto.				.73		.56	.66
27. Miserable, sin lograr animarse.				.51		.61	.59
28. Pensar en quitarse la vida.				.72		.65	.57
8. Preocupado por perder la razón/control.					.88	.65	.52
14. Control de conducta, pensamientos, emociones.					.84	.64	.61
32. Agitado, molesto, nervioso.					.45	.65	.47

Nota: A: Sub-escala Peruana de Afecto General Positivo B: Sub-escala Peruana de Ansiedad. C: Sub-escala Peruana de Depresión. D: Sub-escala Peruana de Desesperanza. E: Sub-escala Peruana de Impulsividad. $p < 0.01$. Solo los ítems 8 y 14 se registran de forma directa.

Tabla 2
Composición Final de las Escalas Globales del MHI-P

	Factores		h ²	Correlación elemento- total corregida ¹
	X	Y		
1. Feliz, satisfecho o complacido.	.66		.60	.72
4. Futuro esperanzador, prometedor.	.82		.56	.67
5. Vida diaria interesante.	.82		.48	.60
6. Relajado y sin tensiones.	.85		.70	.79
7. Generalmente disfruta las cosas.	.83		.63	.74
10. Sentirse amado y querido.	.71		.50	.65
12. Esperaba tener un día interesante.	.86		.53	.63
17. Tranquilo y en paz.	.63		.66	.76
22. Relajarse sin dificultad.	.48		.45	.60
23. Relaciones emocionales satisfechas.	.73		.57	.70
26. Vida como aventura maravillosa.	.82		.55	.69
31. Alegre y sin preocupaciones.	.66		.65	.76
34. Sentirse alegre.	.79		.71	.81
37. Despertar fresco y descansado.	.51		.37	.56
3. Nervioso, agitado ante lo imprevisto.		.72	.45	.61
9. Sentirse deprimido.		.50	.48	.63
11. Muy nervioso.		.79	.52	.79
13. Tenso.		.67	.49	.66
15. Temblor de manos cuando hacía algo.		.65	.30	.46
16. Nada que esperar.		.53	.42	.60
19. Descorazonado y triste.		.62	.49	.66
20. Sentir ganas de llorar.		.55	.34	.55
21. Mejor si está muerto.		.66	.38	.55
24. Nada salió como quería.		.44	.45	.60
25. Molestia por nervios.		.79	.51	.65
27. Miserable, sin lograr animarse.		.59	.43	.61
28. Pensar en quitarse la vida.		.63	.30	.47
29. Inquieto, agitado o impaciente.		.74	.51	.67
30. Malhumorado o melancólico.		.61	.55	.70
32. Agitado, molesto, nervioso.		.70	.43	.60
33. Ansioso o preocupado.		.75	.58	.73
35. Tratar de calmarse.		.70	.47	.63
36. Poco ánimo.		.52	.53	.67
38. Presión, estrés y demandas.		.69	.46	.63

Nota: La denominación RMHI# especifica el requerimiento de invertir el ítem base (MHI#). X: Escala Peruana de Bienestar Psicológico; Y: Escala Peruana de Estrés Psicológico. $p < 0.01$. Todos los ítems fueron invertidos.

Completados los análisis factoriales y reconocidas las nuevas estructuras para las sub-escalas y escalas globales, se presentan los estadísticos principales de los factores encontrados (Tabla N°3). Las sub-escalas peruanas de Afecto General Positivo ($M = 34.22$, $DE = 10$), Ansiedad ($M = 17.3$, $DE = 6.7$) y Depresión ($M = 8.9$, $DE = 3.7$) mostraron consistencias internas excelentes ($\alpha = .90$). A su vez, la sub-escala peruana de Desesperanza ($M = 5.24$, $DE = 2.24$) y la sub-escala de Impulsividad ($M = 6.36$, $DE = 2.52$), presentaron consistencia interna buena ($\alpha = .80$) y adecuada ($\alpha = .70$), respectivamente. En referencia a las escalas globales, la escala peruana de Bienestar psicológico ($M = 40.4$, $DE = 11.8$) y la escala peruana de Estrés psicológico ($M = 35$, $DE = 12.3$) reportaron consistencias internas excelentes ($\alpha > .90$). (EFPA, 2013).

Con el fin de brindar evidencia de validez convergente, se observó la asociación entre la escala peruana de Bienestar psicológico (X) con las escalas de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la de Afecto Positivo (AFP). En ambos casos, se hallaron relaciones directas y fuertes ($r = .7$). A su vez, se estudió la relación entre la escala peruana de Estrés psicológica (Y) con la de Afecto Negativo (AFN), la cual mostró una relación directa y moderada ($r = .6$). Por su parte, la escala peruana de Bienestar psicológico (X) y el Afecto Negativo (AFN) presentan una correlación inversa y débil ($r = -.3$); no obstante, la escala peruana de Estrés psicológica (Y) con las escalas de Satisfacción con la Vida (SWLS) así como la de Afecto Positivo (AFP) se relacionan inversa y moderadamente ($r = -.5$). Todas las asociaciones mencionadas fueron significativas ($p < 0.01$) y se muestran en la Tabla N°3.

Profundizando en la relación entre las sub-escalas encontradas y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), se hallaron relaciones inversas y débiles con la sub-escala peruana de Ansiedad y la de Impulsividad ($r = -.4$), inversas y moderadas con la sub-escala peruana de Depresión y Desesperanza ($r = -.5$) y, una correlación directa y moderada con la sub-escala de Afecto General Positivo ($r = .6$). Respecto a la Escala de Afecto Positivo, se encontraron relaciones inversas y débiles con la sub-escala peruana de Ansiedad ($r = -.3$), Depresión, Desesperanza e Impulsividad ($r = -.4$); no obstante, se halló una correlación directa y fuerte con la sub-escala peruana de Afecto General Positivo ($r = .7$). Finalmente, la escala de Afecto Negativo presentó relaciones directas y débiles con las sub-escalas peruanas de Desesperanza e Impulsividad ($r = .4$), moderadas con la sub-escala peruana de Depresión ($r = .5$) y Ansiedad ($r = .6$) y, una

correlación inversa y débil con la sub-escala peruana de Afecto General Positivo ($r = -.3$). Todas las asociaciones mencionadas fueron significativas ($p < 0.05$) (Tabla N°3).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos e inter-correlaciones del MHI-P con SWLS y SPANAS

	k	M	DE	α	Correlaciones									
					X	Y	A	B	C	D	E	SWLS	AFP	AFN
X	14	40.4	11.8	.90	-	-.63	.99	-.53	-.61	-.46	-.54	.65	.67	-.34
Y	20	35	12.3	.93	-	-	-.62	.94	.82	.76	.64	-.52	-.50	.60
A	12	34.2	10	.90	-	-	-	-.53	-.60	-.50	-.53	.64	.68	-.33
B	9	17.3	6.7	.90	-	-	-	-	.64	.58	.55	-.42	-.31	.61
C	5	8.9	3.7	.90	-	-	-	-	-	.60	.52	-.47	-.36	.45
D	4	5.24	2.24	.80	-	-	-	-	-	-	.50	-.49	-.39	.38
E	3	6.36	2.52	.70	-	-	-	-	-	-	-	-.43	-.41	.43
SWLS	5	17.3	3.54	.79	-	-	-	-	-	-	-	-	.70	-.18
AFP	10	3.40	.71	.89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.15
AFN	10	2.20	.77	.89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Basado en la presente investigación. Validez de convergencia significativa ($p < 0.05$, sig. Bilateral).

k: número de ítems por factor. A: sub-escala peruana de Afecto General Positivo; B: sub-escala peruana de Ansiedad; C: sub-escala peruana de Depresión; D: sub-escala peruana de Desesperanza; E: sub-escala peruana de Impulsividad; X: escala peruana de Bienestar psicológico, Y: escala peruana de Estrés Psicológico, SWLS: Escala de Satisfacción con la Vida, AFP: Escala de Afecto Positivo, AFN: Escala de Afecto Negativo (Cárdenas et al., 2012; Gargurevich & Matos, 2012).

Discusión

El propósito del presente trabajo fue el estudio de las propiedades psicométricas del Inventario de Salud Mental en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana, con el fin de generalizar su uso a un nuevo contexto así como contribuir a la investigación instrumental del país. Para ello, se evaluó la estructura interna del modelo planteado por Veit & Ware (1983) y, se analizó la convergencia de los constructos salud mental, satisfacción con la vida (Cárdenas et al., 2012) y, el afecto positivo y negativo (Gargurevich & Matos, 2012). En este apartado, se procederá a debatir los hallazgos previamente presentados.

La composición en dimensiones de escalas globales y sub-escalas fue analizada a través de análisis factoriales exploratorios; observándose ciertas diferencias respecto a la estructura original al igual que en otras culturas (Liang et al., 1992; Queensland Transcultural Mental Health Centre, 2005; Watson et. al, 2014; Khan et al., 2015; Damodaran & Varghese, 2016).

En el planteamiento original, la sub-escala de Lazos emocionales se halla conformada por dos reactivos, los cuales solo cargan en esta sub-escala (Veit & Ware, 1983). Sin embargo, en estudios posteriores, se ha podido observar las dificultades que ocasionan ambos ítems debido a su comportamiento ambiguo (Liang et al., 1992; Watson et al., 2014). En concordancia con las aplicaciones chinas (Liang et al., 1992) y taiwanesas (Watson et al., 2014), en la aproximación peruana tanto el reactivo 10 (“*Se ha sentido amado/a y querido/a*”) como el 23 (“*Se sintió totalmente satisfecho/a con sus relaciones emocionales, amar y ser amado/a*”) evidenciaron cargas en más de una sub-escala (Afecto General Positivo-Lazos emocionales y Depresión); por ello, fueron eliminados de la constitución de las sub-escalas en las tres investigaciones.

Al observar ambos ítems, se reconoce la referencia al constructo del vínculo afectivo el cual brinda a cada persona aspectos positivos (seguridad y satisfacción) así como negativos (dolor) en su encuentro o desencuentro con un otro (Pujol & Rojas, 2009). En base a ello, el vínculo afectivo no es propiamente un indicador polarizado (positivo o negativo) ya que aporta de manera transversal a diferentes aspectos de las relaciones humanas. El vínculo afectivo tiene como función principal proporcionar una base sólida y reconfortante con el fin de favorecer el desarrollo pleno del ser humano (Pujol & Rojas, 2009). Por tal motivo, es coherente su presencia en la formación de la

escala peruana de Bienestar Psicológico, donde contribuye principalmente al estado global de bienestar.

En otro caso particular, el reactivo 18 (“*Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido emocionalmente estable?*”) fue eliminado dado que no cargaba en ningún factor. Si bien en su formación original poseía una posición clara tanto en sub-escalas o escalas globales (Veit & Ware, 1983), en estudios con población china (Liang et al., 1992) y peruana es un ítem que causa dificultad puesto que, de forma a priori, se consideraba que todas las personas son capaces de abstraerse y visualizar su estado emocional en un continuo estable a través del tiempo (Larson, Moneta, Richards & Wilson, 2002). Sin embargo, el estado emocional tiene en su esencia una naturaleza fluctuante, la cual irá decreciendo con el pasar del tiempo. Como bien afirmara Santiago (2005), cada ser humano sufre frustraciones e impactos estresantes diarios, los cuales producen cambios en su estado emocional. En este sentido, podría resultar complicado para cada persona reducir sus vivencias notablemente móviles a un momento estático; más aún, tener que *cuantificar* si se percibieron estables o no durante todo un mes. Por ello, sería lógico haber eliminado este ítem de la composición en este estudio; no obstante, se debería considerar la posibilidad de analizarlo dentro de un rango de tiempo más corto, probablemente una semana.

Respecto a las sub-escalas en general, la mayoría evidenció una estructura similar al modelo original de Veit & Ware (1983), conservándose las denominaciones de cada una de ellas en tanto midieran el mismo contenido (Afecto General Positivo, Ansiedad, Depresión e Impulsividad). Sin embargo, en la versión peruana se ha encontrado un nuevo factor denominado *Desesperanza*, el cual se halla conformado por los fraseos “*Se ha sentido tan miserable que nada lograba animarle*” (27), “*Con qué frecuencia sintió que no había nada para usted en el futuro*” (16), “*Ha sentido que los demás estarían mejor si usted estuviera muerto/a*” (21) y “*Ha pensado en quitarse la vida*” (28). Cabe resaltar que, en los hallazgos de Liang et al. (1992) en población china también se halló un factor de similar composición (ítems 16, 21 y 28), siendo denominado como Ideación Suicida.

Particularmente, la literatura profundiza el tema del suicidio en población clínica debido a que casi la totalidad de estos eventos se asocian a diagnósticos psiquiátricos (Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz & Caine, 2001; Robes, Acinas & Pérez-Íñigo, 2013). No obstante, la OMS (2017) al referirse al riesgo suicida brinda igual

importancia a su conexión con los trastornos mentales así como a los hechos de violencia, abusos, discriminación, conflictos o tensiones, que quebranten la capacidad de afrontamiento o exacerben la sensación de pérdida o aislamiento que vivencie cualquier persona. De acuerdo a ello, es posible encontrar casos o intentos de suicidio en población no clínica; es decir, que no posean algún diagnóstico particular.

Al indagar en los factores asociados al riesgo suicida, Conner et al., (2001), Conner (2004) y Gómez (2012) han llegado a sugerir que la depresión y desesperanza son los factores de riesgo principales en este cuadro, debido a su asociación consistente en diversos estudios sobre suicidio. La relación entre ambos constructos aún no está definida en su totalidad; por un lado, se le considera a la desesperanza como parte de la depresión (Gómez, Orellana, Jaar, Núñez, Montino & Lolas, 1998; Gómez, 2012), por otro lado, también se observa análisis donde ambos mantienen una forma independiente (Conner et al., 2001, Conner, 2004), e incluso existe algunos casos donde prefieren analizarlos de las dos maneras (Mojica, Sáenz & Rey-Anacona, 2009). En este estudio, no ha sido prioridad dilucidar dicha problemática; no obstante, es preciso aclarar que, en base a los hallazgos vistos aquí, tanto la depresión como la desesperanza poseen cierta independencia puesto que pueden ser medidas en sub-escalas separadas pero mantienen una relación moderada entre ellas.

La importancia del hallazgo de esta nueva sub-escala gira alrededor del constructo que mide. Si bien se le puede considerar como parte de la depresión, la desesperanza es reconocida como “el mejor predictor de intención suicida que su severidad global” (Gómez, 2012, p.3); es decir, su valor predictivo es más intenso que el concepto que la incluye (Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998; Mojica et al., 2009; Gómez, 2012). Asimismo, la sub-escala encontrada podría contribuir como medio detección, debido a la conexión del constructo medido con la ideación suicida (Mondragón et al., 1998). En este sentido, esta sub-escala sería altamente relevante debido a que el suicidio es considerado como la segunda causa principal de muerte en el rango de edad a la que se aproxima esta investigación (OMS, 2017). A su vez, se debe enfatizar que, según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2017) registró 295 casos de suicidio en el año 2016; de acuerdo a ello, la tasa de suicidio se redujo entre 3 a 4 por cada 100 000 peruanos; no obstante, la ideación e intento de suicidio incrementó. Por tal motivo, es pertinente y primordial profundizar en

la investigación de esta sub-escala, la cual muestra un ángulo trascendental en la sociedad peruana y mundial.

Respecto a las escalas globales, se ha podido observar la réplica casi exacta del modelo original de Veit & Ware (1983). Sin embargo, en este análisis bidimensional se sufre la pérdida del ítem 2 (“*Durante el último mes, ¿cuánto tiempo se ha sentido solo/a?*”), mas se conserva la distribución de las sub-escalas, donde se ubica en la sub-escala peruana de Depresión. Este reactivo se aproxima conceptualmente al aislamiento o soledad, entendido no solo como la ausencia del contacto físico o social, sino también como la incapacidad de dar y recibir (Rocamora, 1986; Rocamora, 2012). De acuerdo a Weeks, Michela, Peplau & Bragg (1980) la soledad posee una relación sustancial con la depresión, dejando constancia que ambos son constructos diferentes. En base a ello, es lógico que el ítem en discusión pertenezca a una sub-escala orientada exclusivamente al concepto de depresión y no al estrés psicológico global, con el cual no se han encontrado investigaciones que profundicen dicha relación.

En relación a las correlaciones encontradas, en primer lugar, se afirma la relación entre los constructos de afecto positivo, satisfacción con la vida y bienestar psicológico. En este sentido, es propio recordar la afirmación ya hecha por Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) en donde señalan que tanto el afecto positivo como satisfacción con la vida son componentes del bienestar subjetivo. Asimismo, tomar en cuenta que el bienestar subjetivo y psicológico siguen líneas distintas: el primero se aproxima a la visión hedónica, focalizado en la felicidad y definiendo al bienestar en términos relacionados al placer y evitación al dolor; la segunda, sigue una línea eudaimónica, dirigida hacia el significado y realización del sí mismo, conceptualizando el bienestar en relación al funcionamiento completo de cada persona (Ryan & Deci, 2001). Según Rangel & Alonso (2010), ambos conceptos deberían estar integrados debido a que en su esencia contribuyen a la comprensión del bienestar global; desde su perspectiva, el bienestar psicológico subjetivo es “una dimensión básica y general [...] que tiene componentes inseparables e interdependientes” (p.268). Con esta base, este estudio presenta una nueva contribución a la relación del bienestar subjetivo y bienestar psicológico, siendo ambos vitales para el estudio de la salud mental.

En segundo lugar, se comprobó la idoneidad de la sub-escala peruana Afecto General Positivo puesto que los resultados demuestran su notoria correspondencia con la Escala de Afecto Positivo (Gargurevich & Matos, 2012); en este sentido, se podrá

afirmar que ambos apuntan a la medición de un mismo constructo. Paralelamente, se evidencia y corrobora la relación entre la sub-escala peruana de Ansiedad y la de Depresión con la Escala de Afecto Negativo (Gargurevich & Matos, 2012). Frente a estos hallazgos, se plantea la posibilidad de profundizar la importancia de la afectividad dentro del modelo de salud mental planteado por Veit & Ware (1983), debido a su relación con tres de los cinco factores propuestos en su teoría.

En referencia a las limitaciones de este estudio, se considera pertinente observarlas y tomarlas en cuenta al momento de plantear futuras investigaciones. La principal limitación de este trabajo se halla referida a la población. Los jóvenes que participaron en este trabajo pertenecen a un grupo específico de la ciudad de Lima, teniendo características particulares como el rango de edad, nivel socioeconómico-cultural y universidad. Si bien es un grupo de regular tamaño, no constituye una cantidad ni representatividad equiparable a otros estudios previos (Florian & Drory, 1990; Liang et al., 1992; Brar et. Al, 2013; Sood et al., 2013; Watson et al., 2014; Khan et al., 2015; Damodaran & Varghese, 2016). En este sentido, se sugiere replicar en esta investigación incluyendo a participantes de diversos sectores de la sociedad peruana, recomendando que se inicie el estudio por ciudades y, luego, expandir hacia las regiones.

De modo general, este trabajo ha logrado establecer las primeras evidencias empíricas del Inventario de Salud Mental (MHI) (Veit & Ware, 1983) dentro del contexto peruano, abriendo así la puerta a un nuevo modelo de salud mental que permitirá estudiar aspectos catalogados como disidentes y estudiados de forma fragmentada, a un mismo nivel. No obstante, el presente análisis también ha buscado fomentar y contribuir a la investigación instrumental del país. Respecto a ello, se reconoce la necesidad de más estudios en el ámbito de la salud mental orientada a la visión de equilibrio y multidimensionalidad, buscando re-definir este constructo en la sociedad peruana, tanto en los que brindan como *gozan* de la atención de salud en el país.



Referencias Bibliográficas

- Academia Peruana de Salud. (ed.). (2010). *Historia de la Salud en el Perú, vol. 11*. Lima: Academia Peruana de Salud.
- Barraza, A. (2007). Apuntes sobre metodología de la investigación. ¿Cómo valorar un coeficiente de confiabilidad? *Investigación Educativa Duranguense*, 2(6), pp. 6-9.
- Brar, R., Kaur, J. & Sharma, I. (2013). Mental Health of Elderly As Related To Their Well Being and Self Esteem. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(11), 54-57.
- Cárdenas, M., Barrientos, J., Bilbao, A, Páez, D., Gómez, F. & Asún, D. (2012). Estructura Factorial de la Escala de Satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2), 157-164.
- Carroll, B., Feinberg, M., Smouse, P., Rawson, S. & Greden, J. (1981). The Carroll Rating Scale for Depression: I. Development, reliability and validation. *The British Journal of Psychiatry*, 138, pp. 194-200.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Conner, K. (2004). A Call for Research on Planned Vs. Unplanned Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(2), pp. 89-98.
- Conner, K., Duberstein, P., Conwell, Y., Seidlitz, L. & Caine, E. (2001). Psychological Vulnerability to Completed Suicide: A review of Empirical Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), pp. 367-385.
- Coombs, T. (comp.). (2005). *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network*. Canberra: Commonwealth of Australia. Recuperado de http://www.amhocn.org/sites/default/files/publication_files/mhi_manual.pdf
- Cuijpers, P., Smith, N., Donker, T., Have, M. & De Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, 168, 250-255.
- Damodaran, D. & Varghese, P. (2016). Gender and Mental Health: Are There Differences? *The international Journal of Indian Psychology*, 3(2), 190-199. doi: 18.01.134/20160302

- Defensoría del Pueblo. (2008). *Salud Mental y Derechos Humanos: supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Biblioteca Nacional del Perú: Lima.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dubos, R. (1975). *El espejismo de la Salud: utopías, progreso y cambio biológico*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- European Federation of Psychologists Associations. (2013). *Review model for the description and evaluation of psychological and educational test – Test review form and notes for reviewers, version 4.2.6, N°110c*, pp.1-72.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS 3rd ed*. London: SAGE.
- Figueiredo, B., Callegaro, J. & Koller, S. (2014). Adaptation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2), 323-330. doi: 10.1590/1678-7153.201427213
- Florian, V. & Drory, Y. (1990). Mental Health Inventory (MHI) – Psychometric properties and normative data in the Israeli population. *Israel Journal of Psychology*, 2(1), 26-35.
- García, C. (2005). La medición en las ciencias sociales y en la psicología. En García, C. (2009). *Cómo investigar en psicología*. (pp. 139-166). México DF.: Trillas.
- Gargurevich, R. & Matos, L. (2012). Validez y confiabilidad de Escala de Afecto positivo y negativo (SPANAS) de estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología de Trujillo* 14(2), 208-217.
- Garmendia, M. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11(2), pp. 57-65.
- Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud mental. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175. doi: 10.7203/DCES.26.1935
- Gómez, A. (2012). Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque Actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), pp.607-615.
- Gómez A, Orellana G, Jaar E, Núñez C, Montino O & Lolas F. (1998). La desesperanza como rasgo predictor del intento de suicidio. *Psicopatología*, 18, pp. 113-116.

- González-Forteza, C., Wagner, F. & Jiménez, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México. *Salud Mental*, 35(13), pp. 13-20.
- Harris, E.K. y DeMets. D.L. (1972). Estimation of normal ranges and cumulative proportions by transforming observed distributions to gaussian form. *Clinical Chemistry*, 18(7), 605 - 612
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2008). Base de Datos de instrumentos de evaluación de Salud Mental y Psiquiatría. *Anales de Salud Mental*, 26(1).
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2017). *Especialista de Salud Mental actualizará conocimientos en Prevención del Suicidio* [en línea]. Recuperado el 27 de octubre del 2017 de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2017/002.html>
- Khan, M., Hanif, R. & Tariq, N. (2015). Translation and Validation of Mental Health Inventory. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 65-79.
- Lara, M., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, N. & Lara, M. (2002). Validez y confiabilidad del MHI5- para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud Mental*, 25(6), 13-20.
- Larson, R., Moneta, G., Richards, M. & Wilson, S. (2002). Continuity, Stability and Change in Daily Emotional Experience. *Child Development*, 73(4), pp. 1151-1165.
- Liang, J., Chong, S., Krause, N. Liang, T. & Ying, H. (1992). The Structure of the Mental Health Inventory Among Chinese in Taiwan. *Medical Care*, 30(8), 695-676.
- Linton, M.J., Dieppe, P. & Medina-Lara, A. (2016). Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open*, 6, pp. 1-16. doi:10.1136/bmjopen-2015-010641
- Martínez, M., Hernández, M., & Hernández, M. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martínez, P. (2004). Perspectiva temporal futura y satisfacción con lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología de la PUCP*, 22(2), 215-252.

- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. & Cánovas, A. (2009). El Coeficiente de Correlación de los Rangos Spearman – Caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas – La Habana*, 8(2).
- Martínez-García, J.A. & Martínez-Caro, L. (2008). Los test estadísticos y la evaluación de escalas: El caso de la validez discriminante. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 15(2), pp. 15-24.
- Mariátegui, J. (1988). *Salud Mental y Realidad Nacional*. Lima: Minerva.
- McCabe, C., Thomas, K., Brazier, J. & Coleman, P. (1996). Measuring the mental health status of a population: A comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 516-521. doi: 10.1192/bjp.169.4.516
- Ministerio de Salud. (2006). *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz – Plan General 2005 – 2010*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/03_plan_general_essm_y_cp.pdf
- Mira, E. (1956). *Guía de Salud Mental*. Buenos Aires: Oberón.
- Mojica, C., Sáenz, D. & Rey-Anaconda, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), pp. 681-692.
- Mondragón, L., Saltijeral, M.T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental - Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 21(5), pp. 20-27.
- Organización Mundial de la Salud (2004a). *Invertir en salud mental*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Temas en Salud Mental*. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Nota descriptiva sobre el Suicidio*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

- Queensland Transcultural Mental Health Centre. (2005). *Translation and cultural contextualization of the Mental Health Inventory into 13 community languages*. Recuperado el 17 de agosto del 2016, de https://www.health.qld.gov.au/metrosouthmentalhealth/qtmhc/docs/mhi_translation_rep.pdf
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Pujol, J. & Rojas, S. (2009, mayo). *Los vínculos afectivos: Lazos que nos unen en el bienestar y el dolor. Espejo de conocimiento*. Trabajo presentado en el Congreso de la Societat per a l'Estudi i la Difusió de la Teràpia del Dr. Bach de Catalunya - SEDIBAC, Madrid, España.
- Rangel, J.V., & Alonso, L. (2010). El estudio del Bienestar Psicológico Subjetivo: Una breve revisión teórica. *Educere. Revista Venezolana de Educación*, 14(49), pp. 265-275.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Restrepo, L. & González, J. (2007). De Pearson a Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20, 183-192.
- Robes, J., Acinas, M. P. & Pérez-Íñigo, J. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Madrid: Síntesis.
- Rocamora, A. (1986). El Orientador y el hombre en crisis. En: *El hombre en crisis y relación de ayuda*. Madrid: Asestes, pp. 509-573.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Santiago, S. (2005). *Tratando...inestabilidad emocional: Terapia icónica*. Madrid: Pirámide.
- Shaheena, M. (2014). Mental Health and Coping among Youth in Kashmir: Implications for Psychological Intervention. *Delhi Psychiatry Journal*, 17(2), 295-302.
- Sood, S., Bakhshi, A. & Devi, P. (2013). An Assessment of Perceived Stress, Resilience and Health of Adolescents Living in Border Areas. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 3(1), 1-4.

- The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). (1997). *Programme on Mental Health: WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva: (WHO/MSA/MNH/PSF/97.4)
- Térradez, M. (2002). *Análisis de Componentes Principales*. Manuscrito no publicado, Proyecto E-MATH “Uso de las TIC en asignaturas cuantitativas aplicadas”, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Madrid, España. Recuperado de https://www.uoc.edu/in3/emath/docs/Componentes_principales.pdf
- U.S. Department of Health & Human Services. (2016). *What is Mental Health?* Recuperado el 7 de setiembre del 2016 de <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health/>
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff’s Scales of Psychological Well-being and its extensión with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, pp. 629-643. doi:10.1016/S0191-8869(03)00122-3
- Veit, C. & Ware Jr., J. (1983). The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. doi:10.1037/0022-006X.51.5.730
- Velázquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta – La experiencia de Huancavelica*. Lima: Nova Print.
- Vinuesa, P. (2016). *Correlación: Teoría y Práctica: Curso Fundamental de Posgrado CCG-UNAM*. Manuscrito en progreso para publicación.
- Watson, R., Wang, W., Thompson, & Meijer, R. (2014). Investigating invariant item ordering in the Mental Health Inventory: An illustration of the use of different methods. *Personality and Individual Differences*, 66, 74-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.017>
- Weeks, D., Michela, J., Peplau, L. & Bragg, M. (1980). Relation Between Loneliness and Depression: A Structural Equation Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 39(6), 1238-1244.

Apéndices

Apéndice A: Consentimiento Informado

Comité de ética para la investigación con seres humanos y animales – CEI(sha)
Vicerrectorado de Investigación – PUCP

CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Diego Stanislaw Kobylinski Padilla y Teresa del Rosario Laguna Romero, estudiantes de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú para el curso de Seminario Preliminar de Tesis a cargo de la Mg. Doris Argumedo Bustinza (C. Ps. P. _____). La meta de este estudio es evaluar la capacidad de una persona para comprender lo que piensa, siente, hace y se relaciona con el nivel de bienestar y estrés que presenta.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una serie de instrumentos, lo que le tomará alrededor de 50 minutos de su tiempo.

Su participación es voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Los instrumentos resueltos por usted serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____
 doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que la información que proporcione podrá ser usada según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando, respetando en todo momento mi anonimato.

Asimismo, he comprendido que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Diego Stanislaw Kobylinski Padilla al correo dkobylinski@pucp.pe o con Teresa del Rosario Laguna Romero al correo teresa.lagunar@pucp.pe.

Nombre completo del (de la) participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

¹Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP.

Apéndice B: Estadísticos Descriptivos de los ítems del MHI.

Tabla B2

Estadísticos Descriptivos de los ítems del MHI-38

	M	DE	Asimetría	Curtosis
1. Feliz, satisfecho o complacido.	3.08	.96	-.05	-.39
2. Sentirse solo.*	4.26	1.17	-.83	.33
3. Nervioso, agitado ante lo imprevisto.	2.19	.98	.93	.60
4. Futuro esperanzador, prometedor.	3.16	1.16	-.08	-.84
5. Vida diaria interesante.	2.89	1.18	.16	-.74
6. Relajado y sin tensiones.	2.91	1.13	.03	-.77
7. Generalmente disfruta las cosas.	3.12	1.02	-.05	-.58
8. Preocupado por perder la razón/control.*	2.27	1.27	.72	-.40
9. Sentirse deprimido.	1.96	.85	1.43	3.33
10. Sentirse amado y querido.	3.30	1.24	-.16	-1.06
11. Muy nervioso.	1.78	1.03	1.40	1.49
12. Esperaba tener un día interesante.	2.59	1.14	.52	-.56
13. Tenso.	2.14	1.12	.77	-.16
14. Control de conducta, pensamientos, emociones.*	2.52	1.04	.54	.13
15. Temblor de manos cuando hacía algo.	1.33	.74	2.93	9.67
16. Nada que esperar.	1.48	.81	1.91	3.61
17. Tranquilo y en paz.	2.86	1.10	-.07	-.95
18. Sentirse emocionalmente estable.*	2.81	1.14	.23	-.49
19. Descorazonado y triste.	1.58	.92	1.68	2.37
20. Sentir ganas de llorar.	1.67	.87	1.29	1.23
21. Mejor si está muerto.	1.22	.69	3.64	13.56
22. Relajarse sin dificultad.*	3.36	1.26	.02	-1.02
23. Relaciones emocionales satisfechas.	2.88	1.29	.04	-1.13
24. Nada salió como quería.	2.01	1.03	.84	-.13
25. Molestia por nervios.	1.68	.96	1.33	1.02
26. Vida como aventura maravillosa.	2.79	1.34	.18	-1.15
27. Miserable, sin lograr animarse.	1.33	.71	2.68	7.96
28. Pensar en quitarse la vida.	1.21	.63	3.51	13.40
29. Inquieto, agitado o impaciente.	1.83	1.01	1.19	.79
30. Malhumorado o melancólico.	1.85	.98	1.03	.41
31. Alegre y sin preocupaciones.	2.62	1.13	.08	-1.02
32. Agitado, molesto, nervioso.	1.58	.83	1.40	1.43
33. Ansioso o preocupado.	1.95	1.12	.94	-.18
34. Sentirse alegre.	3.01	1.06	-.22	-.82
35. Tratar de calmarse.	1.98	.95	.86	.24
36. Poco ánimo.	1.83	.99	1.07	.47
37. Despertar fresco y descansado.	2.52	.99	.28	-.60
38. Presión, estrés y demandas.	2.41	1.17	.52	-.60

Nota: Las medidas $KMO_L = .95$ y esfericidad de Barlett ($\chi^2_L = 6955.40$, $p < 0.01$) fueron significativas.

*Ítems ingresados de manera directa (Veit & Ware, 1983).

Apéndice C: Estadísticos Generales de las Escalas de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Afecto Positivo y Negativo (SPANAS).

Tabla C1

Información General de los ítems del SWLS

	M	DE	Asimetría	Curtosis
1. Mi vida, en casi todo, responde a mis aspiraciones.	3.68	.81	-.70	.85
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	3.49	.91	-.54	.29
3. Estoy satisfecho con mi vida.	3.60	.90	-.82	.89
4. Hasta el momento, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.	3.45	.95	-.64	.20
5. Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría casi nada.	3.07	1.18	-.04	-.90

Nota: Los reactivos presentados son los que integran la escala de Satisfacción con la Vida (Cárdenas et al., 2012).

Tabla C2

Información General de los ítems del SPANAS

	M	DE	Asimetría	Curtosis
1. Interesado(a)*	3.35	.96	-.71	.16
2. Irritable	2.32	1.02	.53	-.28
3. Entusiasmado(a)*	3.47	.95	-.49	-.03
4. Tenso(a)	2.73	1.16	.13	-.94
5. Disgustado(a)	2.25	1.03	.45	-.64
6. Fuerte, enérgico(a)*	3.32	1.02	-.29	-.34
7. Orgullosa(a)*	3.21	1.10	-.28	-.53
8. Temerosa(a)	2.19	1.08	.61	-.45
9. Avergonzada(a)	2.03	1.10	.81	-.32
10. Inspirado(a)*	3.39	1.02	-.38	-.30
11. Nerviosa(a)	2.52	1.11	.33	-.75
12. Entusiasmado(a)*	3.25	1.00	-.27	-.36
13. Decidido(a)*	3.56	.96	-.54	-.12
14. Atento(a)*	3.59	.93	-.72	.42
15. Miedosa(a)	1.99	1.08	.95	-.02
16. Activo(a)*	3.50	.98	-.39	-.35
17. Asustado(a)	1.95	1.05	1.04	.37
18. Culpable	1.93	1.15	1.07	.17
19. Alerta, despierto(a)*	3.34	1.04	-.36	-.41
20. Hostil	1.69	.99	1.31	.78

Nota: Los reactivos presentados son los que integran la escala de Afecto Positivo* y Negativo (Gargurevich & Matos, 2012).

Apéndice D: Análisis Factoriales Exploratorios del MHI-38

Tabla D1

Primera configuración del MHI-38^a

	Factores					h ²
	1	2	3	4	5	
1. Feliz, satisfecho o complacido.	.52					.62
4. Futuro esperanzador, prometedor.	.80					.62
5. Vida diaria interesante.	.92					.57
6. Relajado y sin tensiones.	.71					.72
7. Generalmente disfruta las cosas.	.71					.64
10. Sentirse amado y querido.	.47		-.43			.56
12. Esperaba tener un día interesante.	.98					.64
17. Tranquilo y en paz.	.51					.70
22. Relajarse sin dificultad. ^b	-.43					.53
26. Vida como aventura maravillosa.	.93					.65
31. Alegre y sin preocupaciones.	.54					.66
34. Sentirse alegre.	.64					.74
37. Despertar fresco y descansado.	.43					.41
3. Nervioso, agitado ante lo imprevisto.		.71				.52
11. Muy nervioso.		.95				.69
13. Tenso.		.83				.64
15. Temblor de manos cuando hacía algo.		.41				.41
25. Molestia por nervios.		.81				.61
29. Inquieto, agitado o impaciente.		.77				.59
33. Ansioso o preocupado.		.66				.62
35. Tratar de calmarse.		.46				.54
38. Presión, estrés y demandas.		.66				.58
2. Sentirse solo. ^b			-.81			.59
9. Sentirse deprimido.			.60			.60
19. Descorazonado y triste.			.91			.72
20. Sentir ganas de llorar.			.86			.56
23. Relaciones emocionales satisfechas.	.45		-.53			.66
30. Malhumorado o melancólico.			.65			.65
16. Nada que esperar.				.60		.64
21. Mejor si está muerto.				.72		.67
27. Miserable, sin lograr animarse.				.52		.56
28. Pensar en quitarse la vida.				.72		.61
8. Preocupado por perder la razón/control. ^b					.92	.64
14. Control de conducta, pensamientos, emociones. ^b					.87	.73
32. Agitado, molesto, nervioso.					.46	.50

Nota: La varianza total explicada fue de 60.60% con valores propios superiores a 1. Los ítems 18 (MHI18, $h^2 = .64$), 24 (RHMI24, $h^2 = .45$) y 36 (RHMI36, $h^2 = .55$) arrojaron una carga factorial menor a lo requerido ($\lambda < .4$). Asimismo, se evidencia correlaciones intra-factores significativas ($-.61 \leq r \leq .65$, $p < 0.01$). ^aLa formación presentada se replica para el AFE fijo (5) de sub-escalas de MHI-38.

^bÍtems ingresados de manera directa (Veit & Ware, 1983).

Tabla D2

Primera aproximación de las Escalas Globales del MHI-38P

	Factores		h ²
	X	Y	
1. Feliz, satisfecho o complacido.	.68		.60
4. Futuro esperanzador, prometedor.	.84		.55
5. Vida diaria interesante.	.82		.46
6. Relajado y sin tensiones.	.87		.70
7. Generalmente disfruta las cosas.	.84		.62
10. Sentirse amado y querido.	.73		.51
12. Esperaba tener un día interesante.	.86		.51
14. Control de conducta, pensamientos, emociones.*	-.49		.42
17. Tranquilo y en paz.	.65		.67
18. Sentirse emocionalmente estable.*	-.54		.61
22. Relajarse sin dificultad.*	-.47		.45
23. Relaciones emocionales satisfechas.	.75		.58
26. Vida como aventura maravillosa.	.82		.54
31. Alegre y sin preocupaciones.	.67		.64
34. Sentirse alegre.	.81		.71
37. Despertar fresco y descansado.	.51		.37
3. Nervioso, agitado ante lo imprevisto.		.73	.45
9. Sentirse deprimido.		.49	.49
11. Muy nervioso.		.80	.51
13. Tenso.		.67	.49
15. Temblor de manos cuando hacía algo.		.65	.30
16. Nada que esperar.		.52	.41
19. Descorazonado y triste.		.62	.50
20. Sentir ganas de llorar.		.55	.35
21. Mejor si está muerto.		.66	.37
24. Nada salió como quería.		.43	.45
25. Molestia por nervios.		.79	.50
27. Miserable, sin lograr animarse.		.59	.42
28. Pensar en quitarse la vida.		.64	.30
29. Inquieto, agitado o impaciente.		.75	.51
30. Malhumorado o melancólico.		.61	.55
32. Agitado, molesto, nervioso.		.70	.43
33. Ansioso o preocupado.		.75	.58
35. Tratar de calmarse.		.70	.47
36. Poco ánimo.		.52	.54
38. Presión, estrés y demandas.		.69	.46

Nota: X: Escala Peruana de Bienestar Psicológico; Y: Escala Peruana de Estrés Psicológico. $r = -.61, p$

< 0.01 . La modelo explica el 49.06% de la varianza total con valores propios superiores a 1 y pesos factoriales de $-.54$ a $.87$. ^a Ítems ingresados de manera directa (Veit & Ware, 1983).

Tabla D3

Matriz de correlaciones de factores encontrados

	1	2	3	4	5
1	-	-	-	-	-
2	-.47	-	-	-	-
3	-.61	.61	-	-	-
4	-.18	.38	.30	-	-
5	-.58	.60	.65	.27	-

Nota: Extracción de componentes principales con rotación Promax sin y fijando (5) factores.

La rotación arrojó cinco factores, evidenciando sus correlaciones en esta tabla.

