



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

**DETERMINANTES DE SALUD MENTAL POSITIVA:  
UNA MIRADA PSICO-SOCIO-CULTURAL EN JÓVENES  
UNIVERSITARIOS.**

*Mónica Lolbé Barrera Guzmán.*

Tesis presentada para obtener el grado de

**DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES**

Mérida, Yucatán, México, Febrero, 2021



**UADY**  
UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DEL YUCATÁN

COORDINACIÓN GENERAL  
DEL SISTEMA DE POSGRADO  
INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN  
DOCTORADO INSTITUCIONAL  
EN CIENCIAS SOCIALES

CAMPUS DE CIENCIAS SOCIALES ECONOMICO  
ADMINISTRATIVAS Y HUMANIDADES

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

NOMBRE DEL ALUMNO(A): MONICA LOLBÉ BARRERA GUZMÁN

NOMBRE DE LA TESIS: "DETERMINANTES DE SALUD MENTAL POSITIVA: UNA MIRADA  
PSICOSOCIOCULTURAL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS"

VOTOS APROBATORIOS

SÍNODO DEL EXAMEN DE TESIS

Dra. Mirta Margarita Flores Galaz  
Facultad de Psicología. UADY  
Presidente

Dr. Jesús José Lizama Quijano  
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en  
Antropología Social. CIESAS peninsular  
Secretario

Dra. María de Lourdes Cortés Ayala  
Facultad de Psicología. UADY  
Vocal

Dra. Florencia Peña Saint Martin  
Escuela Nacional de Antropología e Historia. ENAH  
Suplente

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes  
Universidad Autónoma del Estado de México  
Suplente

## Resumen

Los factores sociales que interactúan con el ser humano en sus diferentes ambientes micro, meso y macro pueden incidir de manera determinante en diversos aspectos de su desarrollo. Uno de estos aspectos es la salud mental, la cual, a su vez juega un papel crucial en la adaptación o inadaptación de la persona a su medio de manera satisfactoria y funcional para sí mismo y su sociedad en una relación dinámica. La universidad es uno de los ambientes donde algunos jóvenes viven, conviven, y que introduce nuevos factores que interactúan con su salud mental, los universitarios se desarrollan mayormente en los contextos de su familia, escuela, comunidad y dentro de una cultura, los cuales pueden ser fuentes de estrés y malestar, pero también ofrecer múltiples oportunidades de apoyar un desarrollo saludable y prevenir trastornos.

La salud mental positiva se incluye dentro del paradigma de la salud positiva que posiciona a la salud como derecho y capacidad humana, más allá de los aspectos fisiológicos y de estados de enfermedad. Y la visión positiva de la juventud se centra en los aspectos positivos y potencialidades de las y los jóvenes y no en el déficit o el riesgo.

Los elementos mencionados conforman la mirada desde la que se dio la presente investigación, cuyo objetivo fue, analizar la incidencia de aspectos psicosocioculturales sobre la salud mental positiva de jóvenes universitarios a través de una metodología mixta. En la fase cuantitativa se utilizó una encuesta conformada por seis escalas y un cuestionario sociodemográfico que evaluaron: salud mental positiva, agencia, apoyo social percibido de la familia y de los amigos, bienestar social, individualismo-colectivismo (horizontal y vertical). Participaron 862 hombres y mujeres universitarios de semestres intermedios de diversas instituciones y licenciaturas que se encontraban estudiando en la ciudad de Mérida Yucatán, México. Se utilizó estadística descriptiva, correlacional e inferencial para analizar la distribución y frecuencia de las respuestas, las diferencias por sexo y satisfacción socioeconómica; la correlación de las variables con la salud mental positiva y se realizaron análisis de regresión múltiple para conocer

el mejor predictor de las dimensiones de salud mental positiva. Se encontraron resultados significativos, así como variables predictoras.

En la fase cualitativa, se realizaron entrevistas a profundidad con el fin de conocer los principales aspectos determinantes de la salud mental positiva en jóvenes universitarios desde la propia subjetividad de éstos. Participaron 12 jóvenes de la ciudad de Mérida. Se utilizó el análisis de contenido mediante las pautas de la teoría fundamentada con enfoque constructivista. Se encontraron los aspectos individuales, sociales y culturales que para los jóvenes son determinantes en su salud mental positiva.

Destacó el papel que el individualismo-colectivismo en su dimensión horizontal-vertical tiene en la incidencia de la salud mental positiva y el papel del apoyo social percibido. También se destacan las coincidencias encontradas entre los aspectos planteados por la teoría, los predictores encontrados en la fase cuantitativa y los que emergieron en la fase cualitativa conformando una mirada psico-socio-cultural hacia la salud mental positiva de los jóvenes universitarios.

**Palabras clave:** salud mental positiva, determinantes psico-socioculturales, jóvenes universitarios.

## **Abstract**

The social factors that interact with human beings in their different micro, meso and macro environments can have a determining influence on various aspects of their development. One of these aspects is mental health, which in turn plays a crucial role in the adaptation or maladjustment of the person to his environment in a satisfactory and functional way for himself and his society in a dynamic relationship. The university is one of the environments where some young people live, coexist, and introduce new factors that interact with their mental health, university students develop mostly in the contexts of their family, school, community and within a culture, which can be sources of stress and discomfort, but also offer multiple opportunities to support healthy development and prevent disorders.

Positive mental health is included within the positive health paradigm that positions health as a human right and capacity, beyond physiological aspects and disease states. And the positive vision of youth focuses on the positive aspects and potential of young people and not on deficits or risk.

The aforementioned elements make up the perspective from which the present research was conducted, whose objective was to analyze the incidence of psychosocial-cultural aspects on the positive mental health of young university students through a mixed methodology. In the quantitative phase, a survey consisting of six scales and a sociodemographic questionnaire was used to evaluate: positive mental health, agency, perceived social support from family and friends, social well-being, individualism-collectivism (horizontal and vertical). Eight hundred and sixty-two university men and women from intermediate semesters of different institutions and degrees who were studying in the city of Merida, Yucatán, Mexico, participated. Descriptive, correlational and inferential statistics were used to analyze the distribution and frequency of responses, differences by sex and socioeconomic satisfaction; the correlation of variables with positive mental health and multiple regression analyses were performed to determine the best predictor of positive mental health dimensions. Significant results were found, as well as predictor variables.

In the qualitative phase, in-depth interviews were conducted in order to know the main determinants of positive mental health in young university students from their own subjectivity. Twelve young people from the city of Merida participated. Content analysis was used through the guidelines of grounded theory with a constructivist approach. The individual, social and cultural aspects that for young people are determinants in their positive mental health were found.

The role of individualism-collectivism in its horizontal-vertical dimension in the incidence of positive mental health and the role of perceived social support were highlighted. It also highlights the coincidences found between the aspects raised by the theory, the predictors found in the quantitative phase and those that emerged in the qualitative phase, forming a psychosocial-cultural view of the positive mental health of young university students.

**Key words:** positive mental health, psychosocial-cultural determinants, young university students.

## **Declaración de autoría**

Declaro que ésta tesis es mi propio trabajo, con excepción de las citas en las que he dado crédito a sus autores; asimismo afirmo que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de algún otro título profesional o equivalente. El autor otorga su consentimiento a la UADY para la reproducción del documento con el fin del intercambio bibliotecario siempre y cuando se indique la fuente.

*Mónica Lolbé Barrera Guzmán*

Agradezco el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca nacional durante el período de agosto de 2017 a julio de 2020, para la realización de mis estudios de doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Yucatán que concluye con esta tesis.

*Mónica Lolbé Barrera Guzmán*

## **Agradecimientos**

**Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología** por el apoyo para la realización de este doctorado y **a la Universidad Autónoma de Yucatán** por ser el conducto e institución formadora.

**A la Doctora Mirta Flores** por asesorarme en este proceso, por confiar y creer en mí para construir este trabajo a pesar de las dificultades, por estar y mostrarme esta posibilidad que me hace crecer, por tu apoyo y respeto como tutora, gracias por todo lo que he aprendido contigo.

**Gracias a mi comité** por su apoyo y sugerencias que enriquecen el trabajo y también por su confianza en mí; por brindarme su tiempo y comentarios: **Dr. Jesús Lizama Quijano, Dra. Lourdes Cortés**, así como a las lectoras **Dra. Florencia Peña y Dra. Norma Ivonne González** por sus valiosas observaciones.

**A las y los jóvenes universitarios** que participaron y son el alma de este proyecto, por dejarme entrar a sus vidas y compartir amablemente su tiempo, sus experiencias, pensamientos y sus fortalezas. Y a las y los docentes que me permitieron aplicar la encuesta; a las diversas escuelas participantes y autoridades tanto de ésta casa de estudios como de otras instituciones públicas y privadas de Mérida Yucatán.

Gracias al Dr. Javier Becerril por su ayuda y comentarios en la encuesta socioeconómica.

**Gracias, compañeras y compañeros de generación**, por compartir más que las aulas, por el trabajo en equipo, el apoyo, las risas, pero sobre todo el respeto a la otredad académica, por ser parte de mi apoyo social; les estimo Diana, Gina, Vero, Chivi, Jorge, Abe, Roger.

Gracias a todos quienes me rodean, me han apoyado, acompañado, enseñado en este camino, también en las dificultades y los problemas entre nosotros porque eso me hace madurar. Gracias a la vida que me ha dado tanto...

**Dedicatorias:**

**A mi familia** por el apoyo incondicional: A mi Nicolás porque ser mi motivación y su amor mi fuerza; Pablo, por ayudarme a crecer a través de las dificultades, por tu apoyo y comprensión y a mi madre por quien soy. Gracias Nicolás por retarme, enseñarme, compartir, por ser mi superación e inspiración constante.

**A los jóvenes** que me contagiaron con su motivación, que creen en sí mismos y en un mundo mejor, que están en busca de su bienestar.

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
Planteamiento del problema .....	5
Justificación.....	12
<b>Capítulo 1. Antecedentes .....</b>	<b>17</b>
La perspectiva de la psicología positiva.....	21
Salud, salud social y salud mental positiva .....	22
Teorías de salud desde la perspectiva positiva .....	25
Enfoque biopsicosocial .....	26
La teoría salutogénica .....	30
Teoría holística .....	31
Salud mental positiva .....	33
Salud mental positiva y conceptos relacionados.....	43
Factores determinantes de salud mental positiva .....	47
Contexto y factores determinantes de salud mental positiva en jóvenes universitarios .....	50
Lo individual: agencia, el papel del funcionamiento autónomo.....	54
Lo social: apoyo y bienestar sociales.....	60
Cultura: individualismo-colectivismo.....	65
El papel de algunos factores demográficos: género y nivel económico .....	71
<b>Capítulo 2. Método.....</b>	<b>74</b>
Objetivo General .....	76
Fase Cuantitativa .....	76
Objetivo general.....	77
Objetivos específicos .....	77
Preguntas de investigación.....	78
Hipótesis .....	79
Participantes.....	80
Definición de variables .....	82
Instrumento. ....	84
Procedimiento .....	89
Fase Cualitativa .....	90
Objetivo .....	90
Preguntas de investigación.....	90
Participantes.....	91

Técnicas de recolección y análisis de datos.....	92
Procedimiento de acceso a campo .....	93
Consideraciones éticas generales .....	94
<b>Capítulo 3. Resultados y discusión .....</b>	<b>96</b>
Fase Cuantitativa .....	96
Análisis psicométricos preliminares de escalas .....	96
Análisis descriptivos generales.....	102
Análisis de regresión.....	122
Discusión. ....	131
Fase Cualitativa .....	146
Determinantes sociales .....	149
Determinantes culturales.....	153
Determinantes individuales.....	157
Discusión .....	160
<b>Capítulo 4. Conclusiones generales .....</b>	<b>165</b>
Referencias .....	174
Anéxo 1. Formato de consentimiento informado.....	197
Anéxo 2. Datos sociodemográficos.....	198
Anexo 3. Guion de entrevista a profundidad .....	200
Anexo 4. Muestra de los reactivos que componen las escalas del cuestionario.....	202
Anexo 5. Tabla muestra de códigos significativos y documentos primarios .....	205

## Índice de Tablas

Tabla 1. Dimensiones de salud mental positiva de Jhaoda (1958).....	34
Tabla 2. Dimensiones de Salud Mental Positiva de Tengland (2001).....	36
Tabla 3. Dimensiones de la escala de salud mental positiva de Lluch (1999).....	37
Tabla 4. Dimensiones de Salud Mental Positiva (Barrera y Flores, 2015).....	42
Tabla 5. Mínimo de participantes requeridos por estrato por sexo.....	81
Tabla 6. Estructura de la escala Índice de funcionamiento autónomo.....	98
Tabla 7. Estructura de la escala de bienestar social para el análisis factorial exploratorio.....	99
Tabla 8. Distribución de la muestra por escuela.....	103
Tabla 9. Distribución de la muestra por áreas de conocimiento.....	105
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de salud mental positiva para la muestra general (n=862).....	109
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de funcionamiento autónomo (n=862).....	110
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de apoyo social percibido para la muestra general (n=862).....	110
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de bienestar social para la muestra general (n=862).....	111
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de individualismo-colectivismo para la muestra general (n=862).....	111
Tabla 15. Diferencias en SMP entre hombres y mujeres .....	112
Tabla 16. Diferencias en funcionamiento autónomo en hombres y mujeres.....	113
Tabla 17. Diferencias en apoyo social percibido entre hombres y mujeres.....	113
Tabla 18. Diferencias en bienestar social entre hombres y mujeres.....	113
Tabla 19. Diferencias en individualismo-colectivismo entre hombres y mujeres.....	114

Tabla 20. Diferencias significativas en SMP y apoyo social percibido entre quienes consideran que si son suficientes sus recursos económicos y quienes consideran que no son suficientes.....	115
Tabla 21. Correlaciones entre SMP y funcionamiento autónomo para la muestra general.....	117
Tabla 22. Correlaciones entre SMP y funcionamiento autónomo por hombres (408) y mujeres (453).....	118
Tabla 23. Correlaciones entre SMP y Apoyo social percibido de la familia y los amigos para la muestra general (n = 862) .....	118
Tabla 24. Correlaciones entre SMP y apoyo social percibido de la familia y los amigos por hombres y mujeres.....	119
Tabla 25. Correlaciones entre SMP y bienestar social para la muestra general (n=862) .....	120
Tabla 26. Correlaciones entre SMP y bienestar social por mujeres y hombres.....	120
Tabla 27. Correlaciones entre SMP e individualismo-colectivismo para la muestra general (n = 862).....	121
Tabla 28. Correlaciones entre SMP e individualismo-colectivismo por hombres y mujeres.....	122
Tabla 29. Factores predictores y sus dimensiones como variables independientes .....	123
Tabla 30. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de Bienestar cognitivo emocional.....	124
Tabla 31. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor bienestar cognitivo emocional a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	124
Tabla 32. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de dominio del entorno.....	125

Tabla 33. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor dominio del entorno a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	125
Tabla 34. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de habilidades sociales.....	126
Tabla 35. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor habilidades sociales a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	126
Tabla 36. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, Apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de empatía y sensibilidad social.....	127
Tabla 37. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor empatía y sensibilidad social a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	127
Tabla 38. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de bienestar físico.....	128
Tabla 39. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor bienestar físico a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	128
Tabla 40. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de auto reflexión.....	129
Tabla 41. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor autorreflexión a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	129

Tabla 42. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de malestar psicológico.....	130
Tabla 43. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor malestar psicológico a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo.....	130
Tabla 44. Datos de las y los jóvenes entrevistados.....	146

## Índice de Figuras

Figura 1. Esquema demostrativo de los factores de estudio.....	12
Figura 2. Representación de las fases metodológicas.....	75
Figura 3. Esquema específico de los factores de estudio.....	77
Figura 4. Modelo confirmatorio de la escala de bienestar social con los coeficientes estandarizados.....	101
Figura 5. Distribución de la muestra por sexo.....	103
Figura 6. Lugar de origen de las y los participantes.....	104
Figura 7. Persona principal proveedora del estudiante.....	106
Figura 8. Principal ocupación de la persona proveedora del estudiante.....	106
Figura 9. Escolaridad del padre.....	107
Figura 10. Escolaridad de la madre.....	107
Figura 11. Indicadores socioeconómicos.....	108
Figura 12. Indicador de percepción subjetiva de recursos económicos.....	108
Figura 13. Mapa semántico de categorías y subcategorías.....	148

## **Introducción**

La salud es un valor invaluable, una manifestación de bienestar y una capacidad inherente como derecho de los seres humanos; uno de sus componentes fundamentales es la salud mental, la cual, a la vez que impacta a diversos aspectos del ser humano, es también influenciada por aspectos individuales, comunitarios, sociales e incluso económicos que rodean a las personas y naciones en una relación dinámica; la salud mental incide en el bienestar individual, social, el desarrollo humano y económico (Sarmiento Juárez, 2017).

Para que el abordaje a la salud mental sea completo, es necesario profundizar en la perspectiva que va más allá de la ausencia de enfermedad hacia la presencia de la salud reconociendo los aportes de diferentes enfoques que coinciden en avanzar a una visión donde el principal componente es la presencia y promoción de salud a través de diversos indicadores como en el caso del constructo salud mental positiva (SMP) (Jahoda, 1958) y enfocándose en los recursos que la fortalecen.

El fenómeno de la creciente carga de malestar psicosocial trastornos mentales y afecciones psicosomáticas a nivel global y local, hacen necesarios más acercamientos al estudio de los factores positivos de la salud para promoverlos, con la posibilidad de que las personas vivan con mejor calidad de vida o tengan los elementos para enfrentar dichas afecciones, recuperarse de manera más satisfactoria (Secretaría de Salud del Gobierno de México, SSA, 2015) y adaptarse de la mejor manera para sí mismos a las diferentes condiciones socioculturales, económicas y políticas del entorno que también ejercen presiones. Todo ello desde una mirada integrativa multifactorial y multidisciplinaria promotora de la capacidad de agencia que posibilita la autoeficacia, el control y la toma de decisiones voluntarias en la propia vida como un derecho humano.

Una de las poblaciones, numéricamente predominante y que manifiesta más incrementos en malestar y desajuste psicosocial son las personas jóvenes de 15 a 24 años en quienes se reporta un aumento en la aparición y prevalencia de malestar psicológico y trastornos como depresión, ansiedad y suicidio (SSA, 2015);

problemáticas multifactoriales relacionadas con cuestiones biológicas, psicológicas y sociales como el contexto de violencia actual, la discriminación, la deserción o falta de acceso escolar, a la información en salud, la falta de empleo, barreras para el acceso a la atención en salud, incluso la difusión inapropiada de imágenes o mensajes en los medios de comunicación (Castellanos, 2017).

A su vez, los jóvenes serán a futuro líderes del país, fuerzas productivas en aspectos laborales, quienes tomarán decisiones y darán continuidad a valores y aspectos culturales y en este sentido es de desearse que tengan bienestar y una buena salud mental que además les permita llegar a las mejores condiciones de vida en la vejez pues, en ese tiempo también formarán parte de esa población que será la mayor en cantidad.

Por otra parte, cabe señalar que en Latinoamérica en general ha habido un aumento en el número de jóvenes que ingresan a la universidad, entre estos también jóvenes de escasos recursos (Ferreira, Avitabile, Botero, Haimovich y Urzúa, 2017) en la búsqueda de una preparación y la posibilidad de un futuro mejor. En este sentido, el ingreso a la universidad presenta un desafío en varios niveles que puede representar aumentos de estrés y malestar psicológico. Los jóvenes se enfrentan a exigencias y retos que les demandan gran cantidad de recursos físicos, psicológicos y sociales, además de los cognitivos, lo cual les coloca en una situación de vulnerabilidad ante problemas de malestar, desajuste psicosocial y mental. Se encuentran ante una disyuntiva que los posiciona como “la principal promesa”, pero a la vez están en situación de riesgo (OCDE, CEPAL, CAF, 2016).

Respecto a la población juvenil aún se puede encontrar en su mayoría investigación sobre enfermedad mental, trastornos, conductas delictivas y de riesgo, es decir, un enfoque en la enfermedad y en los jóvenes desde el déficit; sin embargo, se comienza a generar más investigación sobre aspectos positivos en psicología y salud mental predominantemente a un nivel individual. Se estudia la relación con variables individuales como el optimismo, la autoestima, la inteligencia emocional; pero cada vez más a nivel global, se plantea la importancia de generar más información sobre las relaciones de la salud mental positiva con aspectos sociales y culturales.

En la presente investigación, se parte de un enfoque desde la visión de la salud positiva con el constructo salud mental positiva (SMP) (Jahoda, 1958) que se refiere a la presencia de salud mental y de una óptima salud mental más allá de la ausencia de enfermedad, a través de indicadores subjetivos afectivos, cognitivos, conductuales y sociales integrando a su estudio la parte social, factor clave de interacción e influencia en la salud. El estudio de determinantes de salud ha señalado la influencia de aspectos como la familia, comunidad, económicos, ambientales, de vivienda, sociopolíticos, así como estructurales como la edad y el género (Barry, 2009), ello aún es poco estudiado desde la SMP.

En general la salud mental puede verse influida de una u otra manera por diversidad de aspectos psicológicos, económicos (Bastide, 1978, Durkheim, 1897; Ionescu, 1994; SSA, 2015), políticos, incluso culturales (Díaz Guerrero, 2011; Diener, 2009; Páez y Casullo, 2000) y el estudiarla junto con el contexto social en diferentes etapas del ciclo vital es de suma importancia. Se relaciona con varios factores y la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual o ideológico, el biológico, el económico y social; es por ello que además de salud, es un fenómeno social (Alcántara Moreno, 2008).

La salud mental positiva es un campo de estudio en ciernes que puede confluir con los estudios de diversas disciplinas a través de la perspectiva positiva de la salud como las psicologías de la salud, la social, cultural, la positiva y la comunitaria, sociología, la salud pública, diversos conceptos de bienestar, entre otras. Los enfoques mencionados proveen de un marco de referencia para el análisis de los factores que pudieran ser determinantes para la SMP de los jóvenes ya que desde estos se resalta la importancia de analizar tanto factores internos e individuales como externos y sociales.

Algunas relaciones aisladas entre salud, menores niveles de enfermedad mental y desajuste psicológico se observan en la literatura con variables como la autoestima, el sentido de coherencia, estilos de enfrentamiento, el tipo de crianza, la agencia y empoderamiento, el clima o funcionamiento familiar, el apoyo social, el bienestar social o ciertos aspectos culturales (Blanco y Díaz, 2005; Cortés, 2007; Flores, Cortés

y Góngora, 2008; Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006; Pick et al., 2007; Pick, Rodríguez y Leenen, 2011; Triandis, 2005) entre otras.

También se han encontrado relaciones de ausencia de enfermedad mental con la clase social (Prins, Bates, Keyes & Muntaner, 2015); entre satisfacción personal y el clima emocional social del país (Páez et al., 1997), entre salud mental, bienestar y variables de orientación cultural como el colectivismo-individualismo o la identidad sociocultural y los valores humanos (Ahuvia, 2002; Iglesias-García, 2016; Triandis, 2005; Valdivia, 2017). Específicamente con salud mental positiva se observan investigaciones que analizan su relación con menores niveles de depresión y factores relacionados al suicidio y a trastornos mentales (Keyes et al., 2012), optimismo, autoestima y felicidad (Londoño, 2009; Toribio, 2017), resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2016).

Por ello se considera necesario investigar acerca de la salud mental positiva y sus relaciones con otros factores que pudieran incidir en su formación. Es así como, debido a la multifactorialidad de la salud mental, se sugiere partir de una perspectiva teórica integradora que tome en cuenta principalmente un enfoque ecosistémico. Por otra parte, sería importante analizar estos aspectos desde la mirada de los mismos jóvenes a través de sus experiencias y complementar la información teórica al respecto.

Desde perspectivas holísticas se asume la interacción de múltiples sistemas que transforman a la persona en más que la suma de sus partes (Guirao, 2013); en consonancia con lo anterior, la teoría ecosistémica plantea, a partir del estudio de un grupo y su estructura, que, la totalidad de éste actuando en conjunto, es más importante que la suma de sus partes independientes (Ionescu, 1994). En este sentido, Bronfenbrenner (1987), desde una perspectiva del desarrollo humano, planteó una teoría ecológica donde identifica cuatro componentes del ecosistema que se relacionan con el desarrollo humano.

En primera instancia se encuentra el individuo y 1) el microsistema, que incluye las relaciones interpersonales, actividades dirigidas a un fin, roles definidos por el sistema, y las esperanzas ligadas a un rol de la persona que vive en un marco dado (familia o escuela); 2) el mesosistema, que comprende las interrelaciones entre dos

microsistemas o más; 3) el exosistema, conformado por los medios en que no se tiene participación activa, pero pueden darse acontecimientos que afecten lo que ocurre en los medios en que está o interactúa la persona y 4) el macrosistema, que se refiere a los elementos culturales de los otros tres sistemas y sus interrelaciones y a los valores y creencias que subyacen a tales elementos culturales (Ionescu, 1994).

Así, sería importante estudiar factores desde un enfoque ecosistémico que influyan o determinen la salud mental positiva para generar conocimiento científico que contribuya a idear acciones para la promoción, prevención e intervención en el ámbito de la salud mental más allá de la enfermedad y con el fin de comprender la salud mental de las y los jóvenes universitarios en el conjunto de la percepción de sus recursos individuales, familiares y sociales.

### **Planteamiento del problema**

La población joven en Latinoamérica actualmente motiva un mayor interés y preocupación tanto en los adultos como en ellos y ellas mismos; en parte por su gran número poblacional pero también por una mayor conciencia de sus capacidades, potencialidades, necesidades y dificultades presentes y futuras (Donas Burak, 2001). Aspectos como la violencia, exclusión o dificultades en la inserción laboral, abandono escolar o el acceso a la salud pueden impedir su desarrollo y el desempeño de un papel pleno en sus sociedades (OCDE, CEPAL, CAF, 2016).

En salud mental, las estadísticas de aumento de trastornos, suicidios y problemáticas psicosociales ocupan uno de los tres primeros lugares en mortalidad en población de 15 a 35 años y tienen una edad de inicio en las primeras décadas de vida (Organización Mundial de la Salud OMS, 2009; SSA, 2015). El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad, se atribuye a estos padecimientos y se observa más en países de ingreso bajo y mediano; en América Latina representaban casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad; hay una influencia mutua entre las afecciones mentales y otras enfermedades crónicas y abuso de sustancias; el suicidio es segunda causa de muerte a

escala mundial más común en jóvenes y los sistemas de salud no han respondido aún a esto (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2014).

En México han disminuido las enfermedades infecto contagiosas pero están aumentando las crónico degenerativas, entre ellas las mentales, en cuanto a éstas últimas, una de cada cuatro personas adultas las ha padecido en algún momento de su vida, pero solo una de cada cinco recibe tratamiento y el tiempo que demoran en recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años, lo que también se observa en la mayoría de los países de América Latina (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván, 2013).

La depresión, por sí sola, representa 4,3% de la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo (SSA, 2015) y junto a la ansiedad genera mayor deterioro en la vida laboral, familiar y social que otras enfermedades crónicas no psiquiátricas (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007), eso sin contar a quienes no tienen diagnóstico o atención.

En Yucatán, el Estado también plantea el propósito de garantizar acceso a este derecho a todas las personas, buscando la atención al bienestar físico y psicológico y mejorar los mecanismos de promoción de la salud (Gobierno del Estado de Yucatán, 2013), aunque en el plan estatal de desarrollo no se nombraba a la salud mental, pero sí en el catálogo de bienes y servicios del Estado (Servicios de Salud de Yucatán, 2015) donde únicamente se describen servicios de atención en cuanto a enfermedades mentales y solo se menciona la palabra promoción. En este sentido, es de resaltar que Yucatán ocupe de los primeros lugares en suicidios y alcoholismo asociados a depresión y a problemáticas familiares y de relaciones de pareja, económicas entre otras (Fuente, 2017; Rejón, 2017) y cada vez aumenta el número de jóvenes en este problema por lo que se visibiliza la necesidad de promover los aspectos positivos de la salud.

Por otra parte, los jóvenes que ingresan a la educación superior son una población en aumento y se introducen en una etapa de cambios importantes, de búsqueda intelectual, crecimiento personal y formación de identidad pasando por transiciones vitales, cursando la edad en que se registra mayor frecuencia de inicio en

trastornos como depresión, asumiendo mayores responsabilidades, estrés académico en relación con otros factores como las relaciones sociales y familiares que, como ya se ha mencionado, les enfrentan a situaciones que les demandan gran cantidad de recursos psicosociales, físicos, etc; lo que les sitúa en cierto grado de vulnerabilidad a problemáticas psicosociales y de malestar psicológico.

En Latinoamérica y el Caribe se está dando un mayor incremento en las matrículas de universitarios; de 2000 al 2013 pasó del 21% al 43%, cada vez hay más acceso a la educación superior incluyendo estudiantes de ingresos bajos y medios o en situaciones de vulnerabilidad, aspecto que se ha dado también por el crecimiento de la educación privada (Ferreira, Ciro, Botero & Urzúa, 2017); al respecto, en México, se dio un aumento del 36% en la matrícula de instituciones de educación superior privadas de 2010 a 2019 (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, 2011, 2019).

A nivel nacional, se ha identificado que los jóvenes universitarios manifiestan problemáticas como el malestar psicológico (caracterizado por alto nivel de estrés, desmoralización, disconfort y desasosiego autopercibido, producido por la exposición a factores estresantes durante un tiempo variable), depresión, ansiedad, alcoholismo, trastornos del sueño y de la alimentación, inseguridad, entre otros, que a su vez influyen en el rendimiento escolar, abandono escolar, aislamiento y el desarrollo humano (Barrera y Flores, 2012; Feldman et al., 2008; Mosqueda, González, Dahrbaun, Jofré, Caro, Campusano & Escobar, 2017; Sánchez y De Lille, 2004; Silva-Gutiérrez & De la Cruz-Guzmán, 2017). En Latinoamérica más del 30% de los universitarios presentan síntomas de malestar psicológico y/o exposición prolongada a factores estresantes (Mosqueda et al., 2017).

Al respecto del abandono escolar y reprobación de materias, su mayor incidencia es en el nivel superior; Cabrera Pérez, Bethencourt, Benitez, González Alfonso y Álvarez Pérez (2006) señalan entre los principales factores además de institucionales y socioeconómicos, situaciones de naturaleza psicológica. Los mismos autores citan una serie de estudios que identificaron en los factores psicosociales aspectos como la baja autoestima, incapacidad para superar obstáculos, agotamiento

académico (época de exámenes), equivocada elección de estudios, cuestiones familiares o situaciones de vida, el nivel de integración social y académica, así como las acciones de enfrentamiento positivo o negativo (Cabrera Pérez et al., 2006).

Por otra parte, el abordaje a la salud mental ha sido predominantemente a través de un modelo médico hegemónico unicausal y de atención a la enfermedad y los problemas, a veces prevención y escasa promoción de la salud, desde un paradigma de la enfermedad, además de mirar a las y los jóvenes también desde un paradigma negativo, es decir, desde sus problemáticas estigmatizantes relacionado con delincuencia, adicciones, conductas de riesgo y no desde sus capacidades, fortalezas o potencialidades. Y por lo que evidencian los datos, esta perspectiva para abordar el problema parece no estar funcionando del todo.

Por tanto, resulta de necesidad contribuir en la generación de conocimiento acerca de los aspectos relacionados con la SMP que puedan potenciarse para promoverla con eficacia en pos de un desarrollo ya que la salud mental positiva es la capacidad conformada por un conjunto de habilidades, bienestar integral y ausencia o bajo nivel de malestar. Permite el alcance de metas vitales, de autorrealización (Tengland, 2001) y el desarrollo humano en circunstancias aceptables para ello.

Como se ha mencionado, la SM es fundamental para una buena salud general, la calidad de vida, como recurso para las dinámicas cotidianas y contribuye al funcionamiento individual, familiar, comunitario y social (Barry, 2009). Sin embargo, es ahora cuando algunos países e instituciones están en los comienzos de poner el foco hacia el bienestar en cuanto a políticas públicas; lo que también se refleja en el desarrollo de indicadores de diversa índole (Barry, 2009); esto comienza a llevarse a cabo en el país desde algunos aspectos, pero no desde el enfoque de la salud mental positiva.

La salud mental positiva es influida por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales que interactúan en maneras complejas, por lo que, definir una sola dirección de causalidad resulta muy complejo (Mrazek & Haggerty, 1994 en Barry, 2009; Rogers & Pilgrim, 2005 en Barry, 2009). Por ejemplo, aspectos demográficos como edad y sexo son determinantes en la exposición a riesgo o a

factores protectores en el curso de la vida; incluso algunos autores han señalado un nexo con aspectos económicos (Frías y Barrios, 2016; Zubieta, Fernández y Sosa, 2012); sin embargo, se necesitan estudios para determinar las complejas interacciones o redes causales entre los determinantes (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) de la SMP, mejorar el conocimiento sobre su impacto permitirá aumentar la intervención y comprensión en varios niveles, lo que es crítico para conocer impulsores “clave” de la SMP (Barry, 2009).

En este sentido, existen pocos estudios al respecto o algunos realizan extrapolación de estudios de psiquiatría comunitaria sobre morbilidad psiquiátrica, abordando de nuevo desde la enfermedad; las investigaciones y futuros estudios requieren expandirse para incluir indicadores de SMP para obtener un sentido y conocimiento más amplio de la SM a través de las diferentes etapas de la vida y contextos (Barry, 2009), como en este caso, los jóvenes universitarios, que, además, evidencian un aumento grupal. Sin mencionar que aquellos que ingresan a la educación superior tienen más oportunidad de movilidad social y este ingreso representa un cambio significativo en su desarrollo donde serán formados en diversos campos y disciplinas de estudio que incidirán en un futuro social.

De algunos estudios con variables individuales y conceptos de SMP se desprenden correlaciones entre SMP y mejor funcionamiento psicosocial que se traduce en menores tasas de depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, dependencia del alcohol y comorbilidad, menos días de trabajo perdidos, menos limitaciones de salud relacionadas con las actividades de la vida diaria, menos enfermedades crónicas y menor utilización del cuidado de la salud (Doré & Caron, 2017). En estudios sobre desarrollo positivo de jóvenes se han encontrado recursos internos o factores protectores de SM, como los valores, la autoestima, la agencia (Damon, 2004 en Frías y Barrios, 2016). Particularmente, la capacidad de agencia, es decir, de funcionar de manera autónoma con voluntad y valores propios y de tomar las propias decisiones desde la autodeterminación se ha señalado como indispensable en el ámbito de la salud y el bienestar (Pick et al., 2007; 2011; Ryan y Deci, 2000) además, se relaciona con la búsqueda del bienestar social que, a su vez, puede influir en la salud

mental de las personas; todas estas cuestiones serían importantes de estudiar con mayor evidencia empírica científica.

Por la parte social, en algunos estudios se relaciona el desarrollo positivo con recursos sociales, como los económicos, la familia, la escuela y la comunidad (Damon, 2004 en Frías y Barrios, 2016) entre los que destaca la dimensión de apoyo y afecto. Se han encontrado fuertes relaciones entre el apoyo social percibido, principalmente de tipo emocional, con ausencia de enfermedad y presencia de bienestar y salud mental (Domínguez, Salas, Contreras y Procidano, 2011), destacándose en los jóvenes la importancia del apoyo familiar y de las amistades. Esas propuestas se pueden relacionar con los enfoques sistémicos (que observan los sistemas biopsicosocioculturales) del desarrollo humano. En algunas investigaciones en jóvenes se ha observado que la depresión o tristeza constante surge como un importante problema de salud relacionado al suicidio, aislamiento y adicciones; a su vez, relacionado con problemas en las relaciones familiares (Guzmán, 2011).

Finalmente, procesos sociales y culturales, como el bienestar social, que es la manera como una persona se siente integrada a su sociedad y los valores colectivistas horizontales donde se aprecia más la necesidad grupal que la propia, pero en un ambiente de equidad también pueden impactar en la SMP (Blanco y Díaz, 2005; Keyes, 1998; Triandis, 2005). Casullo y Góngora, (2009) e Iglesias-García, (2016) estudiaron el papel de los valores como factores protectores de salud mental, ligados con la cultura. Sin embargo, son pocos de estos aspectos los que han sido estudiados en un marco ecológico o psicosocial y en relación directa con la SMP entre lo que se ha revisado en la literatura de países latinoamericanos e hispanos.

De acuerdo con lo anterior, se puede señalar que los jóvenes universitarios presentan vulnerabilidad y riesgo a padecer malestar psicológico, desajuste psicosocial y trastornos mentales debido a la confluencia de cambios en su vida, estrés académico y demás factores por lo que evidencian la necesidad de contar con recursos psicosociales y una salud mental positiva.

Considerando la problemática planteada el principal interés de este trabajo es analizar la influencia de aspectos individuales, sociales y culturales en la SMP de

jóvenes universitarios en Mérida Yucatán a partir de los factores: agencia, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo, describiendo dichos factores y sus diferencias a partir de variables sociodemográficas.

Por otra parte, también se plantea la importancia de explorar el tema a través de la subjetividad de estos jóvenes y el análisis de sus propias maneras de pensar, concebir la realidad y experiencias a través de sus discursos; en este sentido, de acuerdo con Urteaga, (2011) una mirada que tome en cuenta la subjetividad como el caso de los estudios antropológicos, puede aportar el agenciamiento o protagonismo de los jóvenes en la construcción de su vida y en la de su entorno y en este caso, de su salud mental positiva como capacidad.

Preguntas de investigación:

¿Los factores de: agencia, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo inciden sobre la SMP de jóvenes universitarios?

¿Qué factores determinan la SMP en la experiencia de las y los jóvenes universitarios?

¿Cómo se relacionan los factores mencionados con la SMP y ésta con ciertos aspectos sociodemográficos?

Preguntas secundarias:

¿Cuál es el nivel de agencia que poseen estos jóvenes?

¿Los jóvenes universitarios perciben apoyo social de la familia y los amigos?

¿Cómo es su bienestar social?

¿Cuál es la tendencia cultural de este grupo poblacional, individualista o colectivista?

¿Cómo es la salud mental positiva de los jóvenes universitarios?

¿Existen diferencias por sexo?

¿Existen diferencias por satisfacción socioeconómica?

Objetivo general: Analizar la incidencia que tienen los aspectos individuales, sociales y culturales sobre la SMP de jóvenes universitarios en Mérida Yucatán a partir

de los factores: agencia humana, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo y a través de la subjetividad de los participantes.

A continuación, se presenta un esquema para ejemplificar los factores de estudio (ver Figura 1):

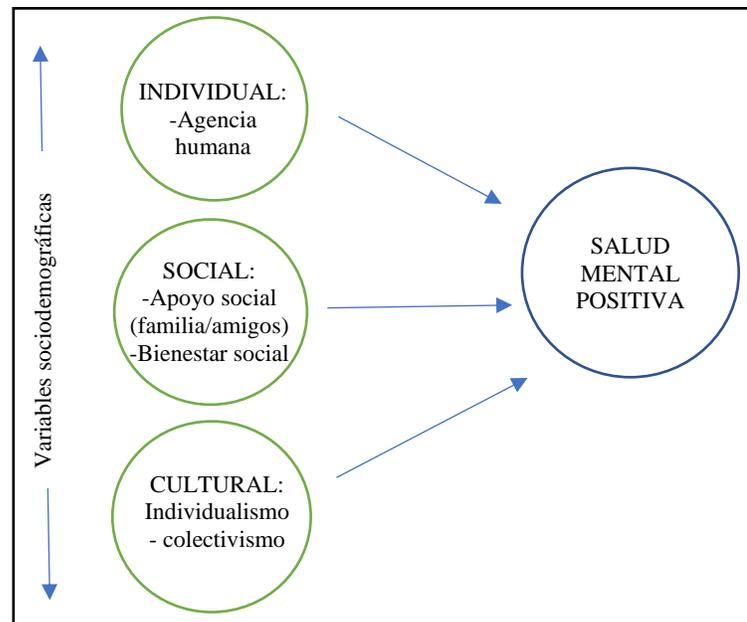


Figura 1. Esquema demostrativo de los factores de estudio (Elaboración propia)

### Justificación

En cuanto a las ciencias sociales, en América Latina, la confluencia entre estas y las ciencias de la salud tiene aproximadamente más de medio siglo de antigüedad y ha recibido diversas denominaciones como Ciencias de la Conducta y Medicina, Sociología en la Medicina, Sociología de la Medicina, Sociología y Antropología Médicas, Medicina Social y otras (Castro, 2010).

En la década de los sesenta del siglo pasado, este campo de confluencia comenzó a configurarse de manera clara y a lo largo los años se ha dado una vasta producción académica que atestigua el dinamismo, la diversidad de posturas,

aproximaciones, conceptualizaciones y propuestas derivadas del encuentro entre la salud y lo social (Castro, 2010). Sin embargo, hasta donde se tiene conocimiento, la temática de la SMP no ha sido abordada en las ciencias sociales, siendo que se ha demostrado la relación de ésta con aspectos sociales positivos, como la conectividad social, respeto y apoyo social o la predicción de conducta suicida (Barrera y Flores, 2015; Keyes et al., 2012; Snowshoe, 2015), así como el desarrollo humano y social (Sarmiento Juárez, 2017).

En 1986 se realizó la primera conferencia internacional para la promoción de la salud, donde la OMS generó discusiones mundiales en torno a esta temática y se establecieron declaraciones en las que varios países participantes llegaron a acuerdos organizando agendas para dar seguimiento a los compromisos y en esta primera convención se hizo un llamado a realizar promoción de la salud consistente en:

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OMS, 1986, p.1).

Al respecto, hay una agenda por cumplir para el año 2030, planteando la meta de ciudades sostenibles, que implican personas con recursos de salud a su alcance y recursos psicológicos positivos a partir del principio de la salud como un derecho universal (OMS, 2015).

Temas como el bienestar, la calidad de vida, la felicidad, entre otros, se han abordado en las ciencias sociales, sin embargo, es hasta hace algunos años que se pone en auge la investigación sobre este tipo de tópicos en diversas disciplinas, como la filosofía, la psicología, la antropología o la educación, produciendo estudios sobre el bienestar, las buenas prácticas, la psicología positiva, entre otros. Se ha dado un giro para responder preguntas como: ¿Cuáles son las características de las personas saludables?; ¿cómo influyen las relaciones sociales?; ¿cómo promover la salud?; ¿en cuanto a esto, existen conceptos o variables universales o hay variaciones culturales?,

dando más énfasis a estudiar a las personas en su contexto sociocultural y desde una mirada interdisciplinaria.

Por otra parte, para llevar a México a lograr su potencial ligado a los compromisos internacionales, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de los más jóvenes (SSA, 2015). Para llegar a estas políticas es necesaria la investigación previa sobre el tema, así como información cuantitativa que refleje los aspectos relevantes de la misma y que coadyuven al sustento para la generación de políticas públicas.

En México, el desarrollo social de la nación se ha medido en términos como el producto interno bruto, que difícilmente puede resumir todas las dimensiones del desarrollo social; esta medida del producto interno, por ejemplo, es unidimensional e ignora aspectos fundamentales del bienestar de los individuos y las naciones, como la conservación ambiental, la calidad de vida o la desigualdad. Sin embargo, además del crecimiento económico se quiere llevar al país a su máximo potencial en el sentido de darle mayor importancia a factores como el desarrollo humano o la salud (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2013).

Se desea garantizar el derecho a la salud y evitar que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía sean un factor determinante en el decremento del desarrollo humano, que la ciudadanía pueda enfocar sus esfuerzos en el desarrollo personal, aspirando, la política nacional a atender todos aquellos factores que puedan vulnerar a ciudadanas y ciudadanos, siendo en este sentido fundamental el análisis y prevención de las condiciones de salud que lo puedan afectar con el fin de reducir los efectos negativos (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2013).

Así, uno de los factores que, según el Estado (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2013), ha obstaculizado la garantía del derecho a la salud, es el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector, que ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención; por ello, un objetivo es privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable para generar posibles factores protectores en el aumento de los padecimientos psicosomáticos y problemáticas mencionadas (depresión, suicidio, alcoholismo), por lo que se hace necesario el estudio

de factores que favorecen a la salud para su promoción. Lo que refleja la necesidad del análisis y medición de aspectos como la salud mental positiva y sus relaciones sociales.

La SMP y constructos similares o relacionados con ésta han sido asociadas a menos enfermedad, menor riesgo suicida y a estados de optimismo, felicidad y satisfacción con la vida (Diener, 2009; Keyes et al., 2012). A nivel de personalidad, se han asociado estos aspectos positivos con conceptos como autoestima, autonomía, autoeficacia, agencia, enfrentamiento a los problemas, locus de control, que a su vez se relacionan con la salud (Cortés, 2007; Góngora, 2007; Pick et al., 2007; Pick et al., 2011).

A nivel social, ya se ha mencionado el estudio de factores socioeconómicos y demográficos con la salud-enfermedad, así como el apoyo social y el bienestar social que se genera en el sentimiento de integración y comprensibilidad de la sociedad en que se vive (Agost Felip y Martín Alfonso, 2012; Bastide, 1978, Díaz Guerrero, 2011; Durkheim, 1897; Ionescu, 1994; Prins et al., 2015; Rojas Soriano, 1990; San Martín, 1981; SSA, 2015; Talam, 2007) y a nivel cultural se han hecho estudios de relaciones entre dimensiones culturales (como valores y dimensiones culturales como el individualismo/colectivismo) con esos aspectos relacionados con la salud mental positiva (Ahuvia, 2002; Snowshoe, 2015).

Al respecto, hacen falta más acercamientos entre la psicología, los temas de salud y las ciencias sociales, que es lo que se busca aportar con el presente trabajo, visibilizando a la salud como un fenómeno social por sus complejas relaciones e interacciones.

Por otra parte, en más de diez años de la propia práctica profesional en el sector público de salud y desarrollo social, quien esto escribe, ha observado ese deseo e interés de las personas por conseguir un bienestar emocional y después de vivir experiencias difíciles sociales, económicas o personales se ha observado cómo surgen en la persona estos elementos asociados a la salud mental positiva que, a su vez, influyen en su funcionamiento social y en sus ambientes inmediatos o más, lo que aumenta el interés para abordar esta temática y en las experiencias y percepciones de los participantes.

Es importante estudiar más el concepto en nuestro contexto regional y nacional, generando teoría e información que pueda servir para dar continuidad al estudio y aplicación del tema, con herramientas teóricas y metodológicas que han demostrado su utilidad y validez social y científica. La investigación científica emanada de los aspectos tanto objetivos como subjetivos sobre los aspectos positivos de la personalidad es importante para tener elementos de base para realizar intervenciones contextualizadas, así como evaluaciones y propuestas de programas y políticas públicas, además de reflejar como se encuentra la población en este aspecto y tener indicadores positivos de salud y no solo de enfermedad.

Ante el aumento en los índices de suicidios, por ejemplo, es importante generar conceptos, herramientas y teorías que puedan ser aplicadas en la ciencia y práctica social, en el contexto regional que permitan mejorar la salud mental de las personas; pues además de lo que el sistema pueda hacer; ¿qué puede hacer la persona?, o tener información acerca de qué aspectos personales, de nuestra sociedad y cultura serían importantes resaltar, cuidar fomentar en pro de esta misma.

La salud mental positiva está relacionada con la generación de desarrollo y es fundamental para el enfrentamiento a la adversidad; con bajos niveles de salud mental una persona ve reducidas su capacidad para auto realizarse, tener productividad laboral o contribuir a su comunidad (Sharma, 2010). Finalmente, el trabajo que se realice llevaría a reanalizar el concepto de salud mental positiva con una perspectiva social y proponer un modelo explicativo, así como generar nuevas interrogantes y propuestas sobre el tema.

## Capítulo 1. Antecedentes

La mente humana, a diferencia de otros objetos de investigación se ha prestado a incontables concepciones para comprenderla, se han formulado variados modelos conceptuales y algunos en el pasado siglo XX se han transformado en paradigmas que han aportado soluciones; sin embargo, desde el origen de los tiempos humanos ya existió un afán por develar la naturaleza de la mente y representarla de algún modo (Capellá, 2001).

Se suele combinar a la historia de la salud mental con la historia de la locura y su segregación social, pues en busca de lo científico desde sus orígenes, ambas intentaron convertir interpretaciones religiosas, o extranaturales de determinadas conductas, en explicaciones basadas en observaciones concretas (Hernández-Paz, De La Torre-Herrera, Espinosa-Gómez, Lara-García, y Gutiérrez-Cruz, 2016). En México se dice que desde la época prehispánica floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental (Secretaría de Salud de Gobierno de México, 2001) derivando actualmente en el predominio del modelo médico. México fue el primer país de América en establecer el primer hospital “San Hipólito”, dedicado a atender a enfermos mentales abandonados en 1566 por Fray Bernardino Álvarez (Muriel, 1956 en De la Fuente, Medina Mora y Caraveo, 1997).

La formación de lo mental ha pasado por un desarrollo desde lo filosófico, como en la antigua Grecia, como el alma o psique, atravesando diversos paradigmas como el dualista, el cartesiano, entre otros; a la vez paralelo a este desarrollo se establece un modelo que da validez al conocimiento, el modelo científico. Al respecto, como sucede en las ciencias humanas y sociales a diferencia de las naturales con dicho modelo, en el caso de la mente se encuentran dificultades para su concepción por su condición inteligible, espiritual, subjetiva y multi paradigmática (Capellá, 2001).

Su conceptualización se ha dado en diversos campos predominando la visión del modelo médico, por ser desde donde se le dio atención por primera vez desde la

enfermedad (Barrera 2011). Bertolote (2008) ofrece una revisión de los orígenes a nivel mundial del actual concepto salud mental afirmando que por su naturaleza polisémica puede entenderse mejor desde una perspectiva histórica; el autor se refiere a diferentes fases:

1. El movimiento de higiene mental. Situado en 1908 a raíz del trabajo de Clifford Beers en EE.UU. que se popularizó con la creación de una comisión nacional cuyas actividades se internacionalizaron a otros países creándose un comité internacional reemplazado posteriormente con la Federación Mundial de Salud Mental. En sus orígenes, el movimiento de higiene mental se dedicaba a mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, y en una segunda fase se enfocó en la labor preventiva; ello con un enfoque en la comunidad más que en el individuo.

2. En los orígenes de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) usaba indistintamente los términos salud e higiene alrededor de los años 60 (Bertolote, 2008). En el preámbulo de su constitución (que se remonta a partir de 1946) se establece que “la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2020, p. 1); definición holística que pretendía superar la dicotomía cuerpo-mente, pragmática que incorpora la dimensión social. En este caso lo mental se refiere a una dimensión de la salud general que ha sido transformada en salud mental para su uso como un campo de actividad (Bertolote, 2008).

3. En 1948, en Londres se organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental, con el uso indistinto de salud e higiene, aunque al final predominó el término salud y el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health, durante todas las conferencias solo se manejó un concepto de salud mental como “una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos” (International Committee on Mental Hygiene, 1948 en Bertolote, 2008) con la esperanza de que este significado en los países occidentales no necesariamente fuera distinto en otros en el contexto de la posguerra. Una

recomendación a la OMS fue establecer en expedito un comité de expertos líderes formado por personal del área de la salud mental y las relaciones humanas.

Por otra parte, en México, alrededor de los años 60, aproximadamente a la par del movimiento de higiene mental se inició la reforma de la asistencia psiquiátrica con la clausura del manicomio y más atención al estudio de los problemas mentales en su contexto social; en 1955, se reconoce la importancia de los métodos y datos de la psicología para la salud mental (De la Fuente et al., 1997).

Finalmente, Bertolote (2008) sitúa el desarrollo del tema producto de un siglo de higiene y medio siglo de salud mental derivando en cuestionamientos del concepto de salud de la OMS, el uso del concepto salud mental en referencia a un estado, una dimensión o en referencia a un movimiento (derivado de la higiene mental), o a una disciplina (acción en desacierto según el autor); tendencia reciente es ponerle el adjetivo pública acercándola mucho más a un movimiento que se equipara al de higiene mental donde el énfasis era la mejora de la atención hospitalaria y el movimiento actual pone énfasis en alejar la salud mental de los hospitales psiquiátricos para ubicarla en la comunidad; sin embargo se considera que el primer objetivo desde el movimiento de la higiene, aún no se ha logrado del todo.

Recientemente, se han generado modelos variados en torno a lo mental, lo que puede ser enriquecedor dando paso a un mayor diálogo e intercambio recíproco entre éstos, integrando elementos diversos y estableciendo paradigmas más consensuados:

El siglo XXI nos coloca en este campo... Será seguramente un tiempo donde aflorarán con mayor rigor y adecuación que nunca valiosos e integradores modelos conceptuales sobre lo mental que servirán para abordar mejor la salud mental. Quizá sea así como podremos seguir construyendo una ciencia aún joven cuyo objeto, la mente, resulta indisociable de lo que constituye al ser humano como persona en el contexto social (Capellá, 2001, p. 5).

Uno de los paradigmas que parece haber obtenido un consenso común es el de lo biopsicosocial (Capellá, 2001); el desarrollo del concepto salud mental ha ido encaminándose a esta concepción integral incluso histórico—bio-psico—socio-cultural o sistémica del ser humano y su desarrollo (Bronfenbrenner, 1987; De la Fuente, 1979; Díaz Guerrero, 1972).

Actualmente, también se puede observar otro adjetivo puesto a la salud mental: positiva, con el propósito de acercarla al movimiento de la promoción, énfasis que está en proceso en este campo y para distinguirla de la perspectiva de ausencia de enfermedad desde la que ha sido abordada durante mucho tiempo; con ello no se pretende dar más valor a una perspectiva de estudio sobre la otra sino complementar lo que se sabe en relación a tratamiento de trastornos y prevención con la otra cara de la moneda: la promoción de la salud.

Lo “mental” se refiere a una interrelación de capacidades como cognición, percepción, emoción, lenguaje, conducta; es una cuestión compartida por la humanidad y que de cierta manera nos distingue de otras especies. Y de lo mental en interacción con el contexto, emana lo social, lo cultural, lo espiritual, la personalidad, las acciones y lo demás que nos caracteriza a los seres humanos. Si lo mental no está en buen funcionamiento, por ende, afectará a las otras esferas de la vida y viceversa; es una dialéctica individual-eco sociocultural.

De ahí la importancia de contar con una buena salud mental o lo que sería: una salud mental positiva, término que emana de una visión positiva de la salud, de la que Juárez (2011) en un análisis de literatura afirma que incluye dimensiones, tales como salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O'Donnell, 1989 en Juárez, 2011) y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002 en Juárez, 2011); siendo una propiedad a nivel personal, pero no de niveles inferiores, como los órganos (Nordenfelt, 1997); es decir, no es algo que se reduce a un aspecto fisiológico, nuevamente desde el paradigma biomédico unicausal, sino que, además de ser un cuerpo o un grupo de células; todo ser humano es también una persona con propiedades

que no siempre son aplicables a una célula u órgano, como lo moral por ejemplo (Nordenfelt, 1997).

### **La perspectiva de la psicología positiva**

La psicología positiva tiene antecedentes en la filosofía en autores como Aristóteles, quien hacía referencia a la felicidad, así como en los psicólogos humanistas que sentaron las bases de los temas de la motivación, la satisfacción con la vida, la personalidad, la madurez, tal como Maslow, Erikson, Allport, entre otros, e incluso Jahoda (1958) que fue la primera que uso el concepto de salud mental positiva.

Se define como el estudio científico del funcionamiento óptimo del ser humano y se propone identificar y promover los factores que permiten a los individuos y a las comunidades vivir plenamente. Este enfoque también surge en la psicología como propuesta para centrarse en los aspectos positivos del ser humano en lugar de continuar enfatizando los trastornos mentales. Estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida, las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Vera, Carbelo y Vecina, 2006) plantea que ciertas condiciones como cuando las instituciones, las relaciones, los rasgos y las experiencias convergen, posibilitan el buen funcionamiento en la vida en las cuatro áreas.

Esta perspectiva se centra en como contribuyen los recursos positivos para superar de manera eficiente las situaciones difíciles de la vida, superar las crisis o lograr algo importante, por ejemplo, el optimismo, las emociones positivas, las fortalezas del carácter, mantener una percepción positiva de la vida. Los temas de mayor interés en la psicología positiva han sido la satisfacción con la vida y bienestar subjetivo (Diener & Biswas, 2008), emociones positivas (Cohn & Frederickson, 2009), fluidez, experiencias óptimas (Csikszentmihalyi, 2012) el optimismo y los rasgos positivos, las fortalezas del carácter, la felicidad (Seligman, 2012).

Los resultados de las investigaciones muestran que estas variables positivas tienen ciertos beneficios en los diferentes ámbitos de la vida y a nivel físico y

psicológico; también se ha tenido interés en sus aplicaciones en el ámbito clínico. Sin embargo algunas de las críticas a esta perspectiva es que se a pesar de sus objetivos iniciales, es que se ha centrado más en el individuo y sus características positivas haciéndole falta abarcar a la comunidad e instituciones mencionadas en sus objetivos, así como el peso que se le ha dado al hedonismo y el sinónimo de una vida plena como experimentar emociones positivas y menos negativas; algunas contradicciones epistemológicas, la separación artificial entre los conceptos positivos y negativos y a la falta de integración de los diferentes aspectos del individuo (Held, 2004 en Juaréz, 2011). Empero, este modelo proporciona un enfoque importante para la salud positiva, si bien hace falta su relación con la enfermedad tal como la plantea Antonovsky (1987, 1996), además de ser una perspectiva y no una teoría. De todas maneras, es un referente importante para este trabajo por su gran aporte de la visión positiva en la psicología.

### **Salud, salud social y salud mental positiva**

La gran parte de las personas quieren estar satisfechas, felices y sanas; una sociedad es exitosa si la mayoría de sus habitantes lo logran con el menor perjuicio posible de la vida de otros (Abdallah, 2010). En más de 47 culturas diversas, los valores que se reconocen como más importantes son la salud y la felicidad (Diener & Scollon, 2003 en Abdallah, 2010). La búsqueda de salud ha sido y es un objetivo común de todas las sociedades; lo que ha variado es la manifestación de esta, las esferas a las que se le da mayor importancia, el cómo hacerlo, definirla o medirla. Así mismo, a nivel universal la salud mental se considera de suma importancia, cómo establece la Organización Mundial de la Salud desde una visión holística: “no hay salud sin salud mental” y es considerada un derecho universal.

La salud como derecho humano universal reconocido por organismos internacionales (Tinoco, 2016) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en términos de presencia de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2013). Sin embargo, con relación al bienestar mental, hoy día, se observa un aumento en el fenómeno de la creciente carga

de trastornos mentales y afecciones psicosomáticas en el mundo, en el país y en éste, el estado de Yucatán; los cuales representan un serio problema de salud pública con un alto costo social (SSA, 2015).

Así, de acuerdo con Saforcada (2012), aunque el derecho principal es a estar sano, gran parte del personal o instituciones relacionadas con la salud o formadoras de profesionales mayormente están capacitados y se ocupan de la enfermedad. Las problemáticas en salud han sido predominantemente abordadas desde enfoques influenciados por un modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992) bajo el capitalismo con enfoque biologista, individualista, mercantilista, de participación subordinada de los consumidores en salud y que excluye otros modelos sobre la enfermedad (Menéndez, 1992, Menéndez, 1978; Menéndez, 1990b en Castro, 2010).

El modelo bio-médico unicausal, es centrado en la atención a la enfermedad a veces prevención y escasa promoción de la salud, donde gran parte de la investigación se ha dedicado a las enfermedades y los problemas. Las estadísticas y manifestaciones mencionadas hacen evidente que, a pesar de sus grandes aportaciones, este paradigma de salud no está funcionando de todo para el derecho al goce de una salud positiva.

En las ciencias sociales existen varios enfoques de abordaje a la salud como la antropología médica, la sociología médica y sus vertientes: medicina social, sociología de la salud pública entre otras. La mayoría de estas aborda el fenómeno de la salud como un proceso de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva crítica y se centran en aspectos médicos relacionados a la estructura, la atención y producción de la enfermedad, las prácticas médicas, medicina tradicional, el estudio de la desigualdad social como determinante del proceso salud enfermedad, el vínculo salud-trabajo entre otros (Castro, 2010).

En México, el punto de interés sobre la enfermedad y el accidente desde lo sociocultural se da al término de la segunda guerra mundial quedando este entusiasmo mayormente en antropólogos y epidemiólogos y con mayor interés por la riqueza de

los pueblos étnicos (Aguirre Beltrán, 1986). De acuerdo con Aguirre Beltrán (1986), la antropología médica aplica ciertos conceptos y prácticas de la antropología general para interpretar, cambiar ideas, patrones o valores que guían a la medicina. De acuerdo con el mismo autor, la antropología y la sociología médicas guardan más convergencias que diferencias hasta el punto de casi fundirse la una con la otra. Ésta última, tiene bases y gran influencia del marxismo en el análisis de clases e introduciendo cuestiones económicas en la interpretación de los procesos de enfermedad (Aguirre Beltrán, 1986).

Estos enfoques y teorías se han centrado más en el estudio de la producción y procesos relacionados a la enfermedad más que a la salud hasta donde se ha revisado, de la que se ocupan en el cómo las personas la recuperan a partir de las prácticas o se ocupan de los usos e interpretaciones de la enfermedad de la medicina tradicional.

Por otra parte, según Castro (2010), en los noventa se les hizo una crítica a dichas perspectivas por centrarse en los enfoques macroestructurales sin tomar en cuenta el nivel micro de análisis como otro nivel de la realidad, sin embargo, Menéndez (1999 en Castro, 2010) sugirió vincular ambos tipos de análisis para no caer en un reduccionismo; en dichas épocas, aparecen estudios sobre calidad de vida, haciendo un acercamiento a la salud positiva al hablar de capacidades y florecimiento humano más no se centran en esa temática (Castro, 2010). Estos enfoques como está implícito en su denominación y antecedentes teóricos se aplican a la medicina y cabe señalar que la salud mental no se circunscribe únicamente a la medicina (psiquiatría); es ahí donde entra el enfoque psicosocial.

Algunas perspectivas integrales en salud como la biopsicosocial, son mayormente aportadas por la psicología, ciencia de la que se derivan varias teorías o enfoques para abordar el fenómeno de la salud. Y principal y obviamente, de la salud mental; aparentemente poco usadas por otras ciencias sociales y médicas. A su vez, la subdisciplina o enfoque de la psicología social puede permitir ese punto de confluencia con las ciencias sociales, tomando en cuenta a la persona individual, su psicología, pero

también los aspectos sociales, culturales e incluso históricos y económicos que le rodean tomando en cuenta otras teorías sociales en el abordaje a la salud.

A raíz de lo señalado y en posible confluencia con otros modelos de atención médica alternos; desde últimas décadas del siglo pasado se comenzaron a desarrollar enfoques emergentes con nuevas propuestas para abordar la salud como: la promoción de la salud, la salud colectiva, la psicología positiva, la salud positiva y propuestas como el desarrollo humano positivo. En común, estos enfoques se centran en la presencia de salud, fortalezas y/o potencialidades que generan o indican salud y/o bienestar a nivel individual, social y cultural, ya sea desde su estudio, intervención o promoción, probando su efectividad en presencia de salud y bienestar y reducción de malestar o enfermedad. Dentro de éstos, el modelo ecológico de Bronfenbrenner puede considerarse para el abordaje del fenómeno salud mental positiva y sus determinantes ya que plantea la influencia de macro y microsistemas en el individuo.

A continuación, se explican los principales enfoques y teorías para el abordaje de la salud desde una perspectiva psicosocial, es decir desde el análisis de la presencia de la salud y sus causas, especialmente de la Salud Mental.

### **Teorías de salud desde la perspectiva positiva**

La psicología en sus vertientes socioculturales (psicología social, psicología cultural, psicología transcultural, etnopsicología) ha sido poco incluida dentro de las llamadas ciencias sociales tradicionales, debido a que sus componentes incluyen lo biológico e individual y quizá porque es una ciencia joven; sin embargo, su objeto de estudio es el ser humano social. Un marco de estudio psicosocial de la perspectiva positiva de la salud mental como fenómeno integral holístico, puede ser una aportación de alternativa para abordar estos fenómenos confluyendo incluso con algunos aspectos de otros modelos en ciencias sociales. Una de las intenciones del presente estudio es llegar a ello.

Al igual que la salud general, tal como se ha mencionado, la salud mental ha sido predominantemente abordada desde la psiquiatría y algo más desde la psicología, pero también desde este enfoque negativo o individualista; un poco desde la sociología, pero más centrada también en salud negativa como en los estudios clásicos sobre locura, suicidio, alienación por mencionar algunos. En esta investigación al hacer referencia a la salud mental se hará desde el paradigma de la salud positiva y no desde la atención de la enfermedad, en una visión de ésta como un recurso de la vida cotidiana (Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009) y un concepto positivo que resalta los recursos sociales y personales, así como capacidades físicas (OMS, 1986).

Dentro del paradigma de salud positiva existe diversidad de acercamientos, de acuerdo con Juárez (2011), existe un largo camino lleno de aproximaciones teóricas y modelos diferentes, sin embargo, su uso de manera apropiada puede enriquecer el trabajo profesional. Los enfoques de salud general referentes de esta investigación son: el enfoque biopsicosocial, la teoría salutogénica de salud positiva de Antonovsky y la teoría holista de Nordenfelt.

¿Por qué partir de un modelo general de salud?, no se puede hablar de salud mental si no se parte de un concepto general de salud por las razones que se han mencionado; además, los modelos de salud mental positiva hasta donde se ha revisado no tienen un referente desde una teoría general de salud lo cual se considera importante para este estudio.

### **Enfoque biopsicosocial.**

La perspectiva biopsicosocial llamada también ecosistémica, ecológica o eco social reúne elementos en múltiples niveles explicativos donde cada nivel de organización social y biológica, desde una célula hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud (Krieger, 2008 en Castaño, 2011; Krieger y Sidney, 1996 en Castaño, 2011; Commission on Social Determinants of Health, 2007). Esta última perspectiva se

relaciona y algunos de sus modelos han hecho referencia en sus orígenes a la teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1972).

La noción de sistema es tan antigua como la filosofía europea; desde el nacimiento de la filosofía aristotélica con su visión holística de que el todo es más que la suma de sus partes como definición básica del problema sistémico básico, con los problemas del orden o la orientación hacia metas de los sistemas vivos que quedaron sin resolver (Bertalanffy, 1972). La teoría de sistemas ha recibido contribuciones de pensadores de diversos medios desde religiosos del medioevo, a la matemática, las ciencias naturales, ciencias sociales, psicofísica tecnología entre otras.

Bertalanffy (1972) señaló que la visión de todo el sistema más que el estudio de las partes por separado es un hecho, independientemente de observar un organismo vivo, un grupo social o un átomo, al contrario del método científico mecanicista de Descartes que, aunque ha tenido grandes contribuciones en problemas con múltiples variables podría funcionar mejor un enfoque sistémico.

Un modelo que en su origen no fue propuesto para la salud pero que actualmente se ha utilizado para esta temática es el de Urie Bronfenbrenner (1987) donde hace uso de los sistemas como elementos fundamentales para el desarrollo humano psicológico; propuso una perspectiva teórica para la investigación destacando la concepción de la persona en desarrollo, el ambiente y la interacción entre ambos; en esta perspectiva, el ambiente ecológico se piensa como un conjunto de estructuras seriadas cada una dentro de la siguiente: micro, meso, exo y macrosistemas; en el nivel más interno está el entorno inmediato donde se encuentra la persona en desarrollo; lo siguiente son las relaciones entre los entornos; el tercer nivel son entornos en los que la persona no está presente necesariamente pero que influyen en el desarrollo.

El autor afirmaba la importancia de los cambios importantes en los ambientes y cómo éstos podrían incluso provocar efectos perdurables en la persona y en su desarrollo incluso después de años. Ofreció esta perspectiva teórica para la detección

de variedad de factores que influyen en el desarrollo proponiendo un modelo metodológicamente riguroso proporcionando formas de control de su validez permitiendo que surjan resultados contrarios a las hipótesis del investigador, además se propuso demostrar su utilidad científica para explicar y para formular nuevos problemas y diseños para investigación (Bronfenbrenner, 1987). En la definición de ambiente desde esta perspectiva ecológica resalta como postura teórica una tesis ampliada propuesta por psicólogos y sociólogos de que lo importante para el desarrollo es el ambiente como lo percibe la persona más que cómo exista en una realidad objetiva; además los ambientes se analizan en forma de sistemas (diadas, por ejemplo). La concepción del ambiente de Bronfenbrenner se basa mayormente en las teorías de Kurt Lewin (Bronfenbrenner, 1987) intentando dar sustancia psicológica y sociológica a estas.

Por sus propuestas teóricas la ecología del desarrollo humano está en un punto de convergencia entre enfoques naturalistas y experimentales y entre ciencias biológicas, psicológicas y sociales que influyen en la evolución de la persona en la sociedad. El ambiente ecológico se concibe como una disposición de estructuras concéntricas cada una contenida en la siguiente donde es primordial el cómo las percibe la persona (formulación apoyada en el trabajo de teóricos de diversas disciplinas como la filosofía, psicología, antropología, sociología, psiquiatría, educación) y se definen como:

- Microsistema, que es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado (donde se puede interactuar cara a cara fácilmente, como el hogar, por ejemplo);
- el mesosistema es la relación entre dos o más entornos en los que la persona participa activamente (sistema de microsistemas);

- el exosistema son entornos que no incluyen a la persona activamente, pero en los cuales los hechos afectan a lo que ocurre en el entorno inmediato o visceversa;
- macrosistema son las correspondencias de los sistemas menores (micro, meso, exo) que podrían existir a nivel de la subcultura o de la cultura, con algún sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (diferencias culturales) (Bronfenbrenner, 1987).

El autor planteo en su libro sobre ecología del desarrollo humano las propuestas para su comprobación empírica y el resultado es que hasta el día de hoy se utiliza y es aplicado a diversas temáticas y problemas de investigación; uno de éstos es la salud y los procesos psicosociales como factores protectores de la salud (Amar, Abello y Acosta, 2003); la conducta antisocial (Frías-Armenta, López-Escobar, y Díaz-Méndez, 2003) o el maltrato infantil (Belsky, 1980); es por ello se decide integrarlo a este marco de referencia.

Por otra parte, en México, Rogelio Díaz Guerrero desarrolló una teoría desde el enfoque biopsicosocial del comportamiento humano, al igual que Bronfenbrenner refiere el papel de la influencia de los diferentes ecosistemas donde interactúa una persona pero le da suma importancia a la cultura y también introduce el papel de la historia además de las diferencias individuales y psicológicas en el desarrollo de la personalidad; menciona también la influencia de Kurt Lewin en su búsqueda de una psicología más ambiental que tome en cuenta la cultura (Díaz Guerrero, 1972, 2010, 2011; Díaz-Loving y Cortés, 2011).

Su principal aportación fue la creación de la etnopsicología mexicana donde resalta el papel de la cultura mexicana y provee evidencias empíricas a través del tiempo de la permanencia y nivel de apego a la cultura representada por las premisas histórico socioculturales de la familia (creencias, valores acerca de los roles, las conductas, expectativas, el quien, como y cuando de la cultura mexicana); desde su

enfoque emana la vertiente de la etnopsicometría (Reyes Lagunes, 2011) que resalta la importancia de la elaboración de tests y escalas psicológicas tomando en cuenta la cultura.

De su obra se deriva una gran cantidad de estudios sobre personalidad y de manera indirecta con la salud al asociarla con las variables de personalidad. Se observó que un aspecto importante de la personalidad mexicana era el peso que se le da a la socialización, a las relaciones sociales (Díaz Guerrero, 1972, 2010, 2011; Díaz-Loving y Cortés, 2011).

En 2011, Barrera realiza una investigación acerca de las creencias sobre salud mental identificando significados e indicadores desde una perspectiva positiva de la salud desde la psicología positiva y elabora un instrumento de medición; todo bajo un enfoque etnopsicológico y así se pretende realizar el presente estudio, desde la importancia de la conciencia de la cultura en las conceptualizaciones, definiciones, operativización y hallazgos.

Se mencionan estas dos teorías biopsicosociales por su importancia en contribuciones y enfoque sistémicos que toman en cuenta los factores individuales, sociales y culturales que ha seguido rigurosos métodos de verificación y validez; si bien no se crearon expresamente para explicar la salud, sus propuestas pueden ser útiles para tener en cuenta los sistemas, la interacción entre éstos y tener presente la importancia de la cultura en las variables psicosociales para el estudio de la salud mental positiva para el abordaje y la operativización de acuerdo al contexto.

### **La teoría salutogénica.**

De la mano del enfoque biopsicosocial, emana una interesante teoría de salud propuesta por el sociólogo Estadounidense Antonovsky (1987, 1996) que aborda la salud de manera integral e incluye líneas de intervención; se centra en la transacción entre los sucesos estresantes y la persona y se distingue por el uso de los conceptos de resistencia, sentido de coherencia y recursos generales de resistencia con un enfoque

interdisciplinar y social pues contempla los efectos de estrés y recursos en la comunidad (Antonovsky 1987, 1996; Juárez, 2011); se le puede situar dentro de los modelos biopsicosociales pues toma en cuenta lo individual, lo micro y lo macro (Juárez, 2011).

En referencia a la salud la plantea como un proceso continuo entre bienestar y enfermedad y no como una dicotomía salud-enfermedad, sin absolutismos, una persona no puede estar con una salud perfecta o completa enfermedad, a pesar de percibirse saludable puede tener alguna parte insalubre y en el caso inverso por ejemplo, una enfermedad terminal, en alguna medida algunos componentes de la persona están saludables (Rodríguez, Couto y Díaz, 2016).

Según Juárez (2011) un amplio marco teórico que se centra alrededor de lo Antonovsky llama sentido de coherencia sustenta la propuesta; este sentido de coherencia se refiere a la capacidad para utilizar los recursos de resistencia, una disposición generalizada de confianza en que las cosas saldrán bien, que se puede predecir los estresores y que los recursos de afrontamiento estarán disponibles y merecerá la pena utilizarlos conectando el mundo interno con el externo (Antonovski, 1987) promoviendo motivación y dirección.

Los recursos generales se refieren a cualquier característica de la persona o el medio ambiente (desde bioquímicos, hasta cognitivos, interpersonales, socioculturales por mencionar ejemplos) ayudando a las personas a construir experiencias de vida coherentes (Rodríguez, Couto y Díaz, 2016).

### **Teoría holística.**

Se finaliza con una interesante teoría de salud general que tiene un enfoque holístico del ser humano, toma en consideración aspectos universales sin descuidar la relatividad cultural, describe salud y no enfermedad desde su concepción como una capacidad ligada al desarrollo y concibe al ser humano más que un receptor de influencias como un agente activo; ésta teoría tiene raíces filosóficas, la desarrolla

Lenart Nordenfelt (2006) filósofo sueco que ha desarrollado sus estudios sobre medicina y cuidado de la salud.

Este modelo considera a salud y la enfermedad en términos de la totalidad de la persona y el entorno (Nordenfelt, 2006) no únicamente en términos biológicos o psicológicos. Tiene una posición filosófica holista que se relaciona con niveles y planos articulados, conectándose con las teorías de la complejidad (Juárez, 2011).

La relación mente-cuerpo es central en esta perspectiva, incluso Tengland (2001) bajo esta teoría hace un análisis del concepto salud mental positiva; toma en cuenta la espiritualidad incluso tiene aproximaciones desde la medicina alternativa y complementaria, como tendencia hacia el holismo (medicina multidisciplinar); también es importante el papel de la conciencia.

Otra característica importante para este autor es el concepto de habilidad, o capacidad, ya que una persona saludable es la que tiene la capacidad de hacer lo que necesita hacer (conseguir metas vitales) dentro de un determinado estado mental y corporal y en condiciones aceptables para ello (Nordenfelt, 2006). Esto se refiere también a las posibilidades externas que permiten actuar que se unen con las capacidades internas (Nordenfelt, 1995 en Juárez, 2011), así como el concepto de felicidad al cual se llega mediante la salud y la obtención de metas de vida (más allá de las vitales).

De una manera sencilla la definición de salud se puede usar en diferentes culturas (cada una con metas diferentes y condiciones ambientales diferentes); igual el holismo es actualmente, una teoría lejos de aquellas propuestas de carácter mágico que se le atribuyeron en numerosas ocasiones (Juárez, 2011) y puede representar un puente a la interculturalidad y las medicinas tradicionales.

## **Salud mental positiva**

A continuación, se presentan los principales modelos y propuestas teóricas de salud mental positiva de los que hasta ahora se tiene referencia y usan este concepto específico en su propuesta ya que existen algunos trabajos que mencionan el estudio de salud mental positiva pero no la explican como tal o la definen.

Se tiene el registro de que fue a partir del reporte elaborado por la psicóloga social Marie Jahoda en 1958 que a petición de la Comisión conjunta de enfermedad y salud mental para conducir una investigación interdisciplinaria con el propósito de evaluar evidencia teórica, experimental y empírica de la naturaleza psicológica de la salud mental, que surge el concepto de Salud Mental Positiva (SMP), partiendo de un énfasis en la promoción de la salud como un estado positivo más que la cura o prevención de la enfermedad mental.

Los principales aspectos del informe en relación a la salud mental son: que si bien un ambiente sociocultural puede conducir a salud o enfermedad, el resultado final de la cualidad mental es individual; que una persona puede ser clasificada más o menos saludable de acuerdo a su comportamiento o atributos duraderos o de acuerdo a sus actos en una situación particular, inmediata a corto plazo; que los estándares de salud mental pueden variar de acuerdo a tiempo lugar, cultura y expectativas del grupo social; que así como en lo físico, en la salud y enfermedad mental no existe un concepto completamente aceptable que incluya todo y ejecutar un programa público no necesita o tiene que esperar de una sola definición; que la salud mental es uno de muchos valores y no el último valor en sí mismo y, por último, que el contenido psicológico de la salud mental revela seis grandes acercamientos:

Actitudes del individuo hacia sí mismo, grado en que la persona realiza sus potencialidades a través de la acción, unificación del funcionamiento de la personalidad del individuo, el grado de independencia de las influencias sociales como ve el

individuo el mundo a su alrededor y la habilidad de tomar la vida como viene y manejarla (ver Tabla 1).

Tabla1. Dimensiones de salud mental positiva de Jhaoda (1958) (Elaboración propia)

Dimensiones Generales	Dimensiones específicas
1. Actitudes hacia sí mismo	1.1. Autoestima 1.2. Sentido de Identidad 1.3. Accesibilidad del yo a la conciencia
2. Crecimiento, desarrollo y auto actualización	2.1. Motivación por la vida 2.2. Implicación en la vida
3. Integración	3.1. Equilibrio psíquico, filosofía personal sobre la vida, o resistencia al estrés
4. Autonomía	4.1. Autorregulación y/o conducta independiente
5. Percepción de la realidad	5.1. Percepción objetiva 5.2. Empatía o sensibilidad social.
6. Dominio del entorno	6.1. Satisfacción sexual 6.2. Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre 6.3. Adecuación en las relaciones interpersonales 6.4. Habilidad para satisfacer las demandas del entorno 6.5. Adaptación 6.6. Resolución de problemas

Concluyendo que, un enfoque americano compartido con muchos otros para una definición de salud mental positiva parece ser: “que la persona sea capaz de pararse sobre sus propios pies sin hacer demandas o imposiciones indebidas en otros” (Jahoda, 1958, p.xi) posteriormente se añade la frase “con una función fisiológica coherente con las exigencias de la sociedad y el estado psicológico del individuo” (Ewalt en Jahoda, 1958, p. xiii), dando cabida a la parte fisiológica.

En este trabajo no se hizo alusión a la naturaleza biológica de la salud mental, sin embargo, la autora mencionó la importancia de este componente asumiendo que cierta homeostasis fisiológica o fisicoquímica es necesaria para una buena salud, concluyendo que una buena salud física es necesaria más no suficiente para tener una buena salud mental.

Al respecto del modelo de Jahoda, se puede observar la influencia de los valores americanos en los puntos propuestos que si bien reconocen el relativismo cultural es en pequeña medida y finalmente terminan con una definición desde éste enfoque cultural liberal individualista con la expresión “pararse sobre sus propios pies”. Pero a diferencia de dicho enfoque, se ha observado en culturas cómo la mexicana lo importante y aceptado que es el apoyo de los demás, pedir ayuda, la familia, las amistades, la comunidad. Por lo tanto, resultó indispensable realizar un acercamiento desde otro enfoque a la SMP.

Por otra parte, resulta importante destacar el análisis filosófico que del concepto salud mental positiva realizó Pier Anders Tengland (2001) que relaciono el concepto con varias teorías de salud adoptando al final la teoría holista de Nordenfelt ya mencionada, donde la salud se considera una habilidad general para alcanzar metas básicas de vida en circunstancias aceptables para ello, es decir, la relación entre las metas de una persona y su habilidad para alcanzarlas en un contexto aceptable para ello. Esta concepción permite adaptarla a diversos contextos y personas (Barrera y Flores, 2015; Tengland, 2001).

Al analizar la propuesta de Jahoda, Tengland señala cierta vaguedad en la definición de sus criterios y con respecto a cuáles son necesarios para tener una salud mental positiva y para qué serían necesarios. El autor propone entonces ocho criterios o habilidades generales para la salud mental positiva (ver Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones de Salud Mental Positiva (Tengland, 2001)  
(Elaboración propia)

Habilidades
1. Habilidades Cognitivas: Memoria, correcta percepción de la realidad, razonamiento epistemológico y lógico práctico.
2. Capacidad para resolver problemas
3. Flexibilidad y creatividad
4. Sentimientos, emociones, estados de ánimo y sensaciones: a) Habilidad general para experimentar emociones y estados de ánimo, Empatía y Habilidad para amar
5. Actitudes en relación con uno mismo: Autoconocimiento, Autoconfianza y Autoestima
6. Autonomía
7. Habilidades sociales
8. Cooperación

Señala que un alto grado de salud mental positiva es tener la habilidad para alcanzar metas vitales individuales y de autorrealización; un grado aceptable (salud mental aceptable) es el punto mínimo y bajo este límite se encontrarían grados de malestar o enfermedad. Y, por otra parte, señala que el bienestar puede ser un criterio para tener una SMP en alto grado, más no es suficiente para ser un único criterio, es importante poseer una disposición personal a experimentar ese bienestar, lo que se puede relacionar con el concepto de sentido de coherencia de Antonovsky y que el sufrir de algún malestar no obstaculice el alcance de las metas vitales. Sin embargo, este autor también plantea su propuesta a un nivel teórico, señalando la necesidad de estudios empíricos.

En España, Lluch (1999, 2002) realizó una investigación con el fin de operativizar el modelo de Jahoda y generó un instrumento de medición con nuevas dimensiones (ver Tabla 3).

Tabla 3. Dimensiones de la escala de salud mental positiva de Lluch (1999)  
(Elaboración propia)

Dimensiones	Definición
1. Satisfacción personal	Implica un alto autoconcepto, sentirse satisfecho con la vida y optimismo frente al futuro.
2. Actitud prosocial	Es la predisposición altruista, de ayuda, apoyo y aceptación de los demás a pesar de las diferencias.
3. Autocontrol	Es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas guardando un equilibrio sobre sus emociones, lo cual permite afrontar mejor los conflictos.
4. Autonomía	Se refiere a la capacidad para tener razonamientos y juicios personales, enfatizando en la independencia y control de la propia conducta, y en la confianza de las capacidades personales.
5. Resolución de problemas y actualizaciones	Es la capacidad de análisis ante situaciones difíciles que se presentan en la autoactualización vida, abarcando la destreza para tomar decisiones y la adaptación ante situaciones de cambio.
6. Habilidades de relación interpersonal	Implica la habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindando interpersonal apoyo emocional.

Esto lo hizo la autora definiendo por su cuenta los criterios de Jahoda y posteriormente construye un cuestionario de 176 ítems obtenidos de una selección de 50 escalas que consideró relacionadas con los conceptos de SMP de Jahoda, somete el instrumento a un análisis de jueces expertos en salud mental que eliminan o cambian

reactivos. El instrumento, después de los análisis psicométricos queda reducido a 40 ítems. Los resultados muestran que la estructura del modelo no se cumplió debido a aspectos metodológicos y conceptuales, la autora no explica de qué manera definió los criterios del modelo.

Al final, sugirió para futuros estudios, tomar esos aspectos en cuenta, así como la realización de cambios en el tamaño y características de la muestra ya que fue diseñado y validado con un grupo pequeño en una población muy específica (Lluch, 1999, 2002). En la actualidad, es un instrumento bastante utilizado. Si bien resulta en un producto importante, seguía siendo adecuado definir el concepto y construir instrumentos culturalmente relevantes.

El sociólogo Estadounidense Corey Keyes (2005) se pregunta: ¿todas las personas que no tienen desórdenes mentales llevan una vida igual de productiva y saludable?; ¿tendrán vidas más saludables y productivas que los mentalmente enfermos?. Llegando a la conclusión de que esto no es así. Él define a la salud mental como un síndrome conformado por síntomas de hedonismo y de “funcionamiento positivo” (Keyes, 2002), posteriormente se agregan “síntomas” de contenido eudaimónico, en un sentido inverso a un trastorno depresivo que es un síndrome integrado por indicadores de emociones y funcionamiento negativos, en similitud a las definiciones que hace el manual diagnóstico de los trastornos mentales de la asociación psiquiátrica americana, adoptado en casi todo el mundo.

Propone un modelo de salud mental completa que incluye enfermedad y salud, donde plantea una propuesta de salud mental positiva como síndrome o conjunto de síndromes, equiparándola con dicho Manual diagnóstico estadístico de los trastornos psiquiátricos DSM. Así, intenta una especie de “diagnóstico” donde operativiza la salud mental en tres componentes: bienestar subjetivo, psicológico y social, complementando con medición de enfermedad, generalmente depresión o ansiedad. Una importante aportación del modelo es que ofrece una manera práctica de medir y operacionalizar, además de que introduce el factor de bienestar social que incluye

aspectos como la contribución a la comunidad o el sentido de coherencia más allá de lo psicosocial- individual.

De acuerdo con la combinación entre mayor o menor salud mental positiva con mayor o menor ausencia o presencia de enfermedad realiza combinaciones: un nivel alto de salud mental positiva con ausencia de enfermedad le llama florecer o florecimiento (flourishing) y a un nivel bajo (con ausencia de enfermedad) le llama languidecer (languishing). Propone que la enfermedad es diferente de la salud en un continuo separado que se entrecruza planteando a la salud y enfermedad como dos continuos separados donde salud mental completa o positiva es la ausencia de enfermedad mental y la presencia de florecimiento (Keyes, 2005).

Es un planteamiento muy completo, sin embargo, en esta propuesta en cuanto a salud mental se da por sentado que la mayoría de los organismos humanos la traen desde pequeños, y solo una parte de la población trae componentes genéticos que derivan en enfermedad mental, por lo tanto, no sería congruente hablar de síndromes como plantea el modelo de salud mental de Keyes (2002, 2005), al decir por ejemplo que, una persona tiene un síndrome de salud mental positiva y ¿se le quitará? ¿cómo en el caso de una enfermedad?, ¿Y si es así, que quedará después?

Por otra parte, al respecto de que algunas enfermedades están manifestándose en la niñez en tiempos actuales, se ha observado que muchas de éstas están ligadas a experiencias traumáticas de interacción con el ambiente más que de origen biológico. De cualquier manera, aún haría falta mucho tiempo y generación de conocimiento para afirmar que la salud mental positiva es un síndrome y ¿con qué fin?; ¿se estaría corriendo el riesgo de etiquetación? ¿Y sí esta salud mental completa tiene varios componentes y una persona puede tener alta en uno de ellos y no así en los otros, por salir baja en puntuación, como se le clasificaría?

En ese caso sería más pertinente hablar de personalidades positivas relacionadas con una buena salud mental, sobre todo a partir de las edades adolescentes donde las

enfermedades mentales (síndrome a través de síntomas) comienzan a manifestarse. Al respecto, la psicología positiva tiene propuestas a nivel de variables de personalidad positivas y sus posibles combinaciones de estas en estructuras de personalidad, fortalezas y virtudes del carácter. Salvo lo observado, la de Keyes resulta una propuesta interesante a nivel epidemiológico actualmente aplicada por otros países con el instrumento de este autor.

De las propuestas anteriores se debe tener presente que emanan de otros países y de acuerdo con la psicología social y transcultural sería importante tomarlas con precaución y análisis antes de aplicarlas en contextos culturales diferentes (Matsumoto, 2014). Comenzando con la idea de que, lo que en una cultura significa normal o sano quizá no lo sea en otra, los valores son diferentes, aunque existan universalidades en el ser humano.

Por ejemplo, Tengland (2001) no toma tanto en cuenta el hedonismo, las emociones positivas, como en el caso de Jahoda (1958), sin embargo, ello puede estar relacionado con la perspectiva del autor y detrás de la cual se encuentran las influencias culturales; así como en las propuestas emanadas de la cultura americana como Jahoda destacó la autonomía o el hedonismo también en la propuesta de Keyes quien también hace énfasis en la productividad relacionada a una buena salud mental.

Valiant, (2012) estudio algunas concepciones de salud mental positiva señalando la importancia de contextualizarlas culturalmente. Por tanto, se miró la necesidad de investigar qué sucedería en una cultura mexicana, latina con componentes diferentes, ¿a qué aspecto se le daría mayor peso si es que hubiera coincidencias? Por eso se consideró realizar un estudio exploratorio en dicho contexto y complementar con la visión subjetiva de la población acerca de estos conceptos.

En México, se realizó una investigación (Barrera 2011) acerca de la perspectiva positiva de la salud mental, tomando como referente las propuestas de Jahoda (1958) pero partiendo del significado subjetivo que las personas tuvieran de dicho concepto.

Para tal fin se llevó a cabo un estudio sobre el significado y análisis conceptual de la salud mental con el fin de conocer dicho significado en la población y posteriormente generar indicadores de esta con la posibilidad de desarrollar una escala culturalmente adecuada para su medición. Se llevó a cabo una primera fase de investigación con dos estudios exploratorios:

1. El primer estudio fue el análisis del significado psicológico del concepto salud mental mediante el uso de la técnica redes semánticas naturales (Reyes Lagunes 1993) que permite conocer el significado psicológico de los conceptos compuesto por elementos afectivos y cognitivos que reflejan la imagen del universo que tiene una persona y su cultura subjetiva (Valdéz Medina, 1998).

2. El segundo estudio fue la conceptualización de la salud mental mediante el análisis de contenido de cuestionarios abiertos acerca de la salud mental, explorando las creencias, conductas, afectos y parte social relacionada.

3. Finalmente se llevó a cabo la construcción de una definición y la generación de indicadores de salud mental positiva ya que se encontró en los resultados que predominaba este enfoque en la población participante (ver Barrera 2011). Con la información generada por la población, la integración de la teoría y un análisis de jueces profesionales en salud mental se elaboró el instrumento de medición el cuál fue sometido a nuevos análisis estadísticos revelando buenos niveles de validez y confiabilidad formando una estructura de siete factores (Barrera y Flores, 2015).

De esa investigación se propone que la salud mental positiva en un contexto mexicano es la capacidad conformada por un conjunto de habilidades psicosociales, bienestar integral, y ausencia o bajo nivel de malestar (Barrera, 2011; Barrera y Flores 2015) (Ver Tabla 4). Permite el alcance de metas vitales, de autorrealización (Tengland, 2001) y el desarrollo humano (Tengland, 2016) en circunstancias aceptables para ello (Nordenfelt 2000, en Tengland, 2016). Esta visión integra aspectos del enfoque de salud positiva y las teorías biopsicosociales y holísticas de la salud (Juárez, 2011).

Tabla 4. Dimensiones de Salud Mental Positiva (Barrera y Flores, 2015)  
(Elaboración propia)

Dimensiones	Definición
1. Bienestar cognitivo emocional	Componente cognitivo emocional que refleja la experimentación de estados de ánimo agradables, de armonía integral, optimismo y una percepción de satisfacción con la vida y con la propia persona.
2. Dominio del entorno	Se refiere a habilidades de autonomía, autoconfianza, autocuidado y resolución de problemas, percepción de autoeficacia que contribuyen al manejo positivo del estrés y la interacción con la vida diaria.
3. Habilidades sociales	Habilidades para la interacción y adaptación social satisfactorias que posibilitan la generación de vínculos afectivos satisfactorios y un autoconcepto social positivo.
4. Empatía y sensibilidad social	Refleja la capacidad de comprender lo que implica formar parte de una sociedad, lo que sienten otras personas al ponerse en su lugar, de sentir compasión, cooperación, respeto, responsabilidad y asertividad.
5. Bienestar físico	Se refiere a conductas, hábitos y percepciones que reflejan la satisfacción con el propio estado de salud y que generan experiencias placenteras contribuyendo a un equilibrio (físico, emocional y psicológico).
6. Autorreflexión	Se refiere a habilidades cognitivas de análisis, autoconocimiento y reflexión e introspección sobre los propios sentimientos, acciones y necesidades.
7. Malestar psicológico	Componente cognitivo que refleja distorsión de la realidad y percepción de malestar físico y emocional, hacia la propia persona y el ambiente lo que dificulta el ejercicio de habilidades de salud mental positiva, la ausencia de este factor es lo que se observa como parte de una smp.

En este sentido y en coincidencia con Keyes las dimensiones se asemejan a los componentes de su modelo con bienestar subjetivo (en este modelo es bienestar cognitivo emocional), bienestar psicológico (dominio del entorno, habilidades sociales, autorreflexión), bienestar social (empatía y sensibilidad social) además del factor bienestar físico y el malestar psicológico. Esta propuesta posibilita nuevas investigaciones contextualizadas sobre el tema de salud mental positiva, donde un componente importante fueron las habilidades y relaciones sociales (Barrera, 2011). De cualquier manera, requiere más estudios con otras variables y análisis de esta; por lo pronto es la concepción que se utilizará en este estudio. Finalmente cabe señalar que en México existen algunos estudios generados con esta propuesta (Barrera y Flores, 2012; 2015) y otros sobre validación del instrumento de Lluich (González Arratia y Valdéz, 2016; Martínez et al, 2015).

Particularmente con jóvenes universitarios, se localizaron algunos estudios latinoamericanos y españoles donde se reportan altos niveles de SMP y en dimensiones como satisfacción y resolución de problemas (Barradas, Sánchez, Guzmán & Balderrama 2011; Londoño Pérez, 2009; Medina, Iriar, Martínez & Cardona, 2012), satisfacción y actitud prosocial (González, Gómez, Caicedo, Piernagorda & Medina, 2013; Londoño Pérez, 2009). Keyes et al. (2012) en Estados Unidos reportan valores alrededor de la media en SMP en factores como bienestar emocional y bienestar psicológico y por debajo de la media en bienestar social

### **Salud mental positiva y conceptos relacionados.**

En el marco de un trabajo de investigación se considera necesario delimitar el constructo de estudio para un abordaje congruente y sistemático y parte de ello son las distinciones conceptuales necesarias para clarificar de raíz de los usos conceptuales diversos señalados.

Actualmente se puede encontrar una serie de concepciones que se utilizan como sinónimo de salud mental positiva en diferentes maneras, como los diversos tipos de

bienestar, felicidad, florecimiento, el buen vivir, calidad de vida, entre otros. Por ejemplo, Corey Keyes solo en el título y prólogo de su libro “Mental well-being, international contributions of positive mental health” (2013), utilizó indistintamente los conceptos bienestar subjetivo, bienestar mental, salud mental, salud mental positiva y buena salud mental; como plantea en el título y según su perspectiva, el bienestar es un componente de la salud mental positiva.

Según Abdallah, (2010), el bienestar es un concepto ligado a varias esferas desde donde se le da significado y se le aborda, la esfera económica, social, individual, en salud incluso; cita algunos acercamientos a éste, la primera interpretación está fuertemente ligada a los ingresos, a mayor ingreso, mayor felicidad; un segundo acercamiento es similar al anterior pero incluye una serie de necesidades como salud, educación, ingreso (en este aspecto se intersecta con la calidad de vida objetiva), libertad política entre otras y plantea que el satisfacer esas necesidades produce un bienestar.

Otra perspectiva es desde la hedonia, es decir los sentimientos positivos, se busca un equilibrio entre sentimientos positivos y negativos, otra es la evaluativa en términos de satisfacción y por último la aristotélica desde la felicidad y estas últimas son incluidas también en la calidad de vida subjetiva. También se observa el acercamiento desde la perspectiva de la eudaimonia o funcionamiento de la persona y en esta categoría algunos definen el bienestar o salud mental como funcionamiento psicológico.

Más centrado en el bienestar emocional y satisfacción con la vida desde la perspectiva hedónica surge el concepto de bienestar subjetivo que comenzó a estudiarse después de la segunda guerra mundial en Estados Unidos de América cuando se dio más importancia al bienestar individual (Keyes, 2013). Diener (1994) es uno de los principales representantes del término que tiene tres significados, uno en el que no se considera la felicidad como un estado subjetivo sino como una cualidad deseable (éste entra en el sentido eudaimónico); otro es el de satisfacción con la vida y se refiere a la

evaluación de lo que se entiende como buena vida y, finalmente el referido a la experiencia emocional placentera, donde predomina un afecto positivo sobre otro negativo (Diener, 1994).

El bienestar subjetivo es la evaluación que una persona hace sobre su calidad de vida en términos de sentimientos hacia su vida y que tan bien se ven a sí mismas funcionando en ella (Keyes, 2013), desde esta perspectiva, el bienestar subjetivo es conceptualizado como un indicador de salud mental o bienestar mental (Keyes, 2005).

De acuerdo con Tengland (2001), el bienestar puede ser un criterio para la salud mental positiva más no el único o sinónimo, ya que, se puede experimentar malestar sin estar necesariamente enfermo; otro aspecto que cuestiona Tengland (2001) es que tener un alto grado de bienestar no es sinónimo de una salud mental positiva pues es difícil que alguien siempre tenga alto grado de bienestar, en este caso lo más deseable sería poseer una disposición personal (o rasgo de personalidad) a experimentar ese bienestar y que así el sufrir un malestar no obstaculice el alcance de metas vitales (Barrera, 2011).

De acuerdo con Abdallah (2010) el bienestar es un término muy amplio que abarca variadas dimensiones y entre estas sitúa la medición de la salud mental positiva dentro de las mediciones de bienestar, aunado a la medición del desarrollo y buen vivir. Para Bertolote (2008) la salud mental es una dimensión de la salud general misma traducida en bienestar mental.

A manera de conclusión; la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS 2013). La salud mental es parte de la salud; es algo individual que recibe influencias del ambiente; es decir, se manifiesta de manera individual pero se alimenta y alimenta al entorno; es producto de nuestra naturaleza biológica en combinación con el entorno, la poseemos y a lo largo de la vida se desarrolla y cambia y nos ayuda a funcionar en sociedad para satisfacer nuestras metas básicas y de vida, por tanto nos ayuda a estar en posibilidades para

adaptarnos, enfrentarnos, disfrutar, lograr; sin embargo nos podemos enfermar y ésta se debilita o puede no desarrollarse en plenitud según el medio donde se crece. Estos son aspectos que se pretenden averiguar con esta investigación.

Así, la salud mental positiva puede incluir bienestar subjetivo pero también otras dimensiones como la empatía; a su vez; el bienestar por sí solo no es salud mental positiva -completa-; podría incluir a la salud mental positiva solo si es abordado como una categoría más amplia (desde las necesidades objetivas como plantea Abdallah por ejemplo).

Por el momento coincidiendo con lo encontrado en estudios previos (Barrera, 2011, Barrera y Flores, 2015) y las propuestas teóricas, se plantea en este trabajo que la salud mental positiva es un estado de capacidad y bienestar compuesto por componentes bio psico sociales que permite enfrentar el estrés, adaptarse al medio y conseguir metas vitales y de auto realización.

Finalmente cabe señalar que los enfoques teóricos ecosistémicos (psicosocial, o biopsicosocial) como las propuestas de Bronfenbrenner y Antonovsky han demostrado su estabilidad y riqueza, así como poder explicativo y predictivo a través del tiempo. Dichas teorías integran el estudio del ecosistema en el desarrollo humano, el comportamiento y algunos temas de salud. Las teorías positivas y el enfoque holístico tienen buen respaldo empírico; integrando ambos aspectos puede ser un marco de referencia sólido para la investigación de salud mental.

## **Factores determinantes de salud mental positiva**

Predominantemente, el estudio de los determinantes de la salud se realiza bajo el paradigma de la salud negativa, es decir se concentra en estudiar la presencia, prevalencia, epidemiología, etc. de las enfermedades ligadas a diferentes aspectos de las condiciones de vida que determinan dicha enfermedad; así como las teorías que enmarcan dichos estudios. Por tanto, es un trabajo en ciernes probar algunos aspectos de la visión de determinantes y sus teorías en la construcción de la salud positiva y quizá en un futuro no solo su presencia, sino su prevalencia y epidemiología para una promoción más sistemática en cuanto a políticas públicas.

Según Castaño (2011), en el estudio de los determinantes de la salud existen tres principales perspectivas teóricas:

La psicosocial que plantea que la autopercepción de las personas en la jerarquía social en sociedades con alta desigualdad causa serios daños a la salud, por ejemplo, con la discriminación, la comparación en posesiones y bienes o rompimientos de vínculos y redes sociales. En segundo lugar, la teoría de la producción social de la enfermedad plantea que la escasez de ingresos lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan la salud produciendo enfermedad, sin negar los aspectos psicosociales, hace un análisis más estructural de las condiciones materiales. Finalmente está la perspectiva biopsicosocial también llamada eco social, ecológica o ecosistémica que ya se ha mencionado.

Además, en la búsqueda de explicación de cómo se produce la enfermedad aparece el estudio de factores intermediarios entre los factores sociales y el individuo donde se han identificado factores como los bienes materiales, hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos (Commission on Social Determinants of Health, 2007).

En gran medida el estudio de los determinantes de la salud se refiere a las condiciones de vida que rodean a la persona; desde un marco ecológico, estos pueden encontrarse en los diversos sistemas de desarrollo donde la persona interactúa y desde los que recibe influencias directas e indirectas. Dichos sistemas se forman a nivel individual, microsistémico, exosistémico y macrosistémico.

La SMP es un campo de estudio reciente donde se podría afirmar el predominio de estudio sobre su relación con factores individuales; el estudio de los diversos determinantes de la SMP en este sentido es escaso, aunque comienzan a generarse investigaciones al respecto. Por otra parte, existe un poco más de literatura sobre determinantes de salud donde a veces se toca la salud mental como parte de la salud general (pero poco desde la perspectiva de salud positiva), el análisis de dichos estudios pudiera servir de guía o sentar posibles relaciones y determinantes con la SMP.

Según Ionescu (1994) los abordajes de la psicopatología, tienen sus más remotos orígenes en la intersección de dos perspectivas llamadas personalismo y situacionismo, que se centraban el primero en la persona y los factores individuales y el segundo en el medio y los factores situacionales; una síntesis de éstos produjo el interaccionismo (Lewin, 1935 en Ionescu, 1994) que consideró tanto el rol, las contribuciones de la persona y de la situación cómo la relación o interacción entre persona y situación pasando de un modelo unicausal de explicación a uno multicausal bidireccional. A partir de ello surgen dos desarrollos epistemológicos que permiten la evolución de este interaccionismo hacia un enfoque ecosistémico: la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy (1972) y la ecología humana de Theodorson (1961 en Ionescu, 1994).

En México en 1979, De la Fuente señaló que el estudio de la salud, enfermedad y el ambiente pueden ser enfocados desde la perspectiva de la teoría general de los sistemas permitiendo contemplar al ser humano como un sistema abierto (individual) en interacción con otros sistemas (familia, comunidad y ambiente). En su opinión los efectos del ambiente en la salud mental ejercidos en diversas formas y niveles debían

ser objeto de mayor interés científico. En este sentido los señalamientos del autor y su referencia a la teoría general de los sistemas coincide en sus niveles de análisis y situar los recursos o riesgos a la salud con propuestas como la de Antonovsky, Bronfenbrenner y Díaz Guerrero acerca la interacción entre sistemas.

Existen escasas investigaciones y propuestas sobre los determinantes de la salud mental positiva; algunas incluyen variables sociodemográficas, personales, familiares y sociales; algunas aún están en proceso o presentan primeros resultados de validación empírica.

En dichos estudios se ha relacionado a la salud mental positiva con determinantes individuales como: la edad, el nivel educativo, salud general, actividad física, uso de sustancias, ambiente nutricional de la infancia, habilidades sociales, resiliencia, control y autoeficacia, espiritualidad, enfrentamiento, la autopercepción de capacidades y factores sociales como: el lugar donde se viva (urbanización); el apoyo social, redes sociales, ciudadanía de origen, confianza, participación y exclusión social, religiosidad, gestión del estrés y condiciones materiales, la composición familiar, relaciones familiares, el estilo de crianza paterno, ingreso familiar y factores del ambiente vecinal, escolar o laboral entre otras (Centre for Chronic Disease Prevention, 2017; Doré & Caron, 2017; Dreger, Buck, & Bolte, 2014; Ganga, Raman Kutty & Thomas, 2014; Orpana, Vachon, Dykxhoorn, Mcrae & Jayaraman, 2016).

En México o Latinoamérica hasta ahora no se han encontrado estudios similares, pero sí de determinación de enfermedad que solo se pueden tomar como parcial referencia. Lo que se ha realizado es la relación de algunas variables en grupo o aisladas relacionadas con algunas variables como bienestar subjetivo o psicológico o con menores niveles de malestar y enfermedad mental. Con base en lo observado en estos estudios y lo propuesto en los estudios internacionales se propone para el presente una serie de variables para estudiar su posible papel en la determinación de la salud mental positiva de jóvenes mexicanos.

## **Contexto y factores determinantes de salud mental positiva en jóvenes universitarios**

Diversos autores señalan un creciente interés por el estudio de los jóvenes (Donas Burak, 2011; Feixa, 1998; Mendieta, 2014), sea por el tamaño que representa su población, por sus retos, necesidades, por el crecimiento de la sociedad de masas y de consumo; pero también por sus potencialidades y capacidades (Donas Burak 2001).

Hay que especificar que este trabajo se refiere al grupo de jóvenes universitarios ya que no se puede- por lo pronto- afirmar para toda a juventud; hay que recordar que las y los jóvenes no se pueden englobar en una sola categoría clasificada únicamente por la edad; se ha visto que dentro de este grupo se presenta una variedad de formas de expresar la juventud y la pertenencia a los grupos; desde la clasificación etaria, o de acuerdo a características físicas biológicas o del ciclo vital, también emocionales y conductuales; se distinguen también de acuerdo a su manifestación cultural -como bandas o tribus-, según el espacio donde socialicen o se definan (escuela-estudiantes) en otros ámbitos, así como sus prácticas (Urteaga, 2011); para Donas Burak (2001), un joven deja de serlo cuando ejerce nuevos roles sociales (padre, madre, trabajador).

De acuerdo con Urteaga (2011), el estudio del sujeto juvenil tiene ya una trayectoria en algunos campos de las ciencias sociales en México, como la antropología o sociología, más desde la parte cultural, de prácticas y subjetividades, así como de construcción de espacios, visibilizando ciertos sectores juveniles. De acuerdo con la revisión de Urteaga (2011), ésta historia comienza alrededor de principios de los ochenta; más adelante, actores como José Antonio Pérez Islas con su trabajo articulando la política pública con la academia genera una serie de actividades que permitieron posicionar el concepto sociocultural de juventud en la agenda de las ciencias sociales en México y Latino América como actores que aportan a la sociedad y no solo como receptores de información y en etapa de crecimiento como sucede en la clasificación psicológica (o médica) del desarrollo; también otro resultado fue

posicionar a los jóvenes en una agenda política nacional. De esta manera, el enfoque social e histórico acepta que hay múltiples y diversos saberes que los jóvenes generan como un aporte a la sociedad. (Pérez Islas, 2011).

En cuanto al contexto también es necesario recordar que el neoliberalismo es el contexto socio histórico actual en que se mueven los jóvenes. De acuerdo con Mendieta (2014) quien cita la teoría de la ciudad neoliberal de David Harvey (2007 en Mendieta 2014), el neoliberalismo es el contexto económico, político y cultural que desplaza al Estado de bienestar de sus funciones y responsabilidades hacia la sociedad echando abajo filosofías, ética y programas e introduciendo ideologías mercantilistas, individualistas, contexto donde se generan nuevas juventudes agénticas, protagonistas activas. El neoliberalismo, la posmodernidad y globalización del contexto actual han cambiado las formas de experiencia de las personas en las sociedades donde llega la influencia occidental capitalista (Harvey, 2007 en Mendieta, 2014). Dicha transformación contextual trae consigo los mecanismos de construcción social de las juventudes y la construcción juvenil de la realidad (Urteaga, 2011).

El neoliberalismo ha provocado sentimientos de indignación en los jóvenes, muchos de ellos grupos de jóvenes universitarios que despiertan su crítica y agencia o por lo menos que expresan inconformidad (Mendieta, 2014) ya sea pasiva o activamente, puede ser mediante indignación y protestas, pero también a través de malestar psicológico. Dicho contexto sociohistórico no se puede dejar de lado en ciencias sociales al estudiar cualquier grupo humano.

El contexto ha influido pues se ha generado un desequilibrio social y una privatización de la salud, la vida, existe desempleo, bajos salarios y se ha elevado el costo de la vida; todo ello coincide con movimientos de indignación y protesta que se dieron en varias partes del mundo incluyendo en México como el #yo soy 132 (Mendieta, 2014); los jóvenes padecen los estragos y presiones del capitalismo neoliberal, no tienen acceso a servicios de salud, a empleos dignos, en tiempos atrás un

profesionista era valorado y obtenía un buen empleo con prestaciones, ahora termina con la incertidumbre del futuro, posible desempleo y una larga carrera de especialización o de permanencia en el sistema educativo o en la familia de origen ya que no tienen acceso a una vivienda propia, esa época se ha alargado y ello tiene relación con este contexto socio histórico que, por supuesto se refleja en la vida universitaria a través de las presiones sociales (más ahora con la vida pública de las redes sociales), culturales, familiares, académicas, laborales, económicas (sufren más presión económica ahora que otras generaciones), entre otras cuestiones por ejemplo que tienen que enfrentar con sus recursos psicosociales, incluyendo su salud mental.

Así, los jóvenes se enfrentan a gran cantidad de situaciones algunas de las cuales pueden obstaculizar su desarrollo pleno (OCDE, CEPAL, CAF, 2016). Estas situaciones se relacionan e interaccionan con su salud mental y son ahora cada vez más evidentes las problemáticas que surgen en este ámbito siendo necesario darle mayor atención.

Ciertas perspectivas psicológicas y del desarrollo señalan que al inicio de la adolescencia situada alrededor de los 15 años se han observado aumentos en la prevalencia de abuso de sustancias, delincuencia y depresión y situaciones difíciles en la escuela (burlas por ejemplo); ocurren cambios físicos significativos con el comienzo de la pubertad junto con cambios sociales incluyendo la transición de la escuela primaria a la secundaria o preparatoria, incrementa la preocupación por la aceptación de los pares e incrementa la demanda de autonomía y se presentan factores ambientales de importancia como el conflicto familiar y la adecuada o no vigilancia paterna así como influencias del grupo de pares (O'Connell, Boat & Warner, 2009). La adolescencia es un período de tomar más decisiones independientes y riesgos, aunque el rol de madre y padre pueden permanecer significativos pero un poco más emparejado con el de los pares.

Después en la adultez joven -cuyo inicio podría situarse alrededor de los 19 años (México) aunque es variable subjetivamente y de acuerdo con roles-, se muestra

como una notable fase del desarrollo en la transición a la adultez donde aparecen desafíos únicos relacionados con transiciones vitales como escuela-laboral, matrimonio, formación de familia y asumir roles con más responsabilidad.

Algunos de los ambientes donde la adultez joven vive y convive introducen nuevos factores que interactúan con su salud mental, emociones y comportamientos como las presiones para beber durante la universidad, presiones académicas, sociales, económicas, independencia de la familia, inserción laboral, participación ciudadana, situaciones de pareja, sexualidad, identidad, expresión cultural, entre otros. En uno de dichos ambientes, la universidad; las personas jóvenes estudiantes se desarrollan mayormente en los contextos de su familia, escuela, comunidad y dentro de una cultura, los cuales pueden ser fuentes de estrés y malestar, pero también ofrecer múltiples oportunidades de apoyar un desarrollo saludable y prevenir trastornos (mentales, conductuales y emocionales).

En este sentido se hace un llamado a la necesidad de investigar los aspectos positivos del desarrollo en los jóvenes y salir del enfoque negativo (Corral-Verdugo & Frías-Armenta, 2016; Frías y Barrios 2016) como el enfoque de enfermedad y riesgo, conductas delictivas, adicciones o la representación general posmoderna sobre las juventudes como “apáticas, apolíticas, individualistas, o de plano hasta como *zombis del consumismo*” (Mendieta, 2014, p.142), sino que conociendo sus potencialidades y capacidades relacionadas con sus características personales y los ambientes donde se desenvuelven así como los valores que les motivan de donde se podría generar información de utilidad para la promoción de la salud mental y este desarrollo positivo.

Para ello, el presente trabajo busca analizar las relaciones entre la salud mental positiva y diversos factores individuales, sociales y culturales a través de un modelo que se pueda establecer con evidencia empírica analizando cuál de los factores propuestos pudiera ser más determinante en la SMP, así como analizar dichos factores desde la subjetividad de un grupo de jóvenes. En este sentido, se presentará literatura

acerca de algunas variables y su relación con aspectos de salud-enfermedad mental que permiten entonces, establecer la relación hipotética entre éstas y la salud mental positiva.

Al respecto, es posible encontrar algunas investigaciones que relacionan aspectos similares a las variables que integran el modelo aquí propuesto con aspectos de salud mental y que pueden relacionarse con la salud mental positiva (diferentes tipos de bienestar, alguna de las dimensiones que integran la SMP o ausencia de enfermedad, malestar o desajuste), a partir de los cuales es posible hipotetizar la presencia y los efectos que podría tener esta serie de factores sobre la salud mental positiva de los jóvenes. De ahí que se propone el modelo representado en la figura 1 (ver Figura 1) el cual se compone de los factores: agencia (para el nivel individual); apoyo social percibido de la familia, apoyo social percibido de los amigos y bienestar social (a nivel social) e individualismo-colectivismo (orientación cultural), explicados y sustentados teóricamente y/o empíricamente para su inclusión en las siguientes secciones.

### **Lo individual: agencia, el papel del funcionamiento autónomo.**

En este trabajo se privilegiarán variables que han sido muy relacionadas con aspectos (directa o indirectamente) de salud mental positiva, pero con poca investigación de su relación en México hasta donde se ha revisado. Una de estas es la agencia la cual es una construcción con aportaciones interdisciplinarias y tocada teóricamente desde diferentes concepciones (Alkire, 2005; Pick et al., 2007; Samman & Santos, 2009) constantemente mencionada como una capacidad necesaria para el acceso a una buena salud, incluso es priorizada en las agendas internacionales sobre los objetivos en salud mental (OMS, 2004).

Históricamente, se ha señalado que la falta de poder y elección en las personas como capacidad positiva, representa un obstáculo para la salud de éstas y las comunidades y se está comprobando que desarrollar la agencia lleva cambios positivos en diversos ámbitos incluyendo el de la salud (Wallerstein, 2006 en Pick et al., 2011).

La salud mental se relaciona con la agencia en los conceptos y teorías del desarrollo en el sentido de que se habla de capacidades para ejercer libertades y alcanzar metas. Tanto el concepto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el concepto de Amartya Sen sobre desarrollo, capacidades y agencia y el concepto de la OMS de salud mental convergen en sus contenidos al hacer referencia a procesos de expansión de las libertades traducidas en capacidad, la conciencia de dichas capacidades para llevar una vida saludable y conseguir las metas que las personas consideren valiosas, afrontar tensiones, trabajar de forma activa y participar socialmente para el desarrollo o contribuir a la comunidad (Sarmiento Juaréz, 2017).

La agencia tomó relieve desde el tema del desarrollo económico y humano a partir del enfoque de las capacidades de Amartya Sen quien planteo las capacidades humanas como indicadores relevantes del desarrollo económico, humano y del bienestar de las naciones (Sen, 1980, 1985, 1993 en Samman & Santos, 2009; Sen 1999). A partir de esto la agencia ha sido abordada en la literatura de las ciencias sociales y humanas incluyendo filosofía, sociología, economía, psicología por mencionar algunas, para explicar aspectos del desarrollo, la pobreza, la salud, el género, el funcionamiento humano autónomo entre otras.

Algunos autores la definen como habilidad para definir metas propias y actuar en consecuencia para alcanzarlas, monitoreando su progreso y teniendo el control sobre la toma de decisiones (Pick, 2007; Sen, 1999), cuando la persona se va involucrando en nuevas conductas, surgen sentimientos de agencia que se van generalizando a otras situaciones, volviéndose más estables (Pick et al., 2011) el concepto considera a la persona como actor en un contexto social (Sen, 1999) y se expresa con conductas o decisiones, con la incorporación de metas, objetivos, acuerdos y obligaciones de la persona relacionado a su comunidad; implica también prever y controlar las propias decisiones y acciones, dado que el individuo se asume como responsable de ellas (Pick et al., 2011).

Bandura (2001) caracteriza la agencia en una serie de aspectos como la intencionalidad y la previsión, la autorregulación mediante la influencia auto-reactiva y la autorreflexión acerca de las capacidades, la calidad del funcionamiento y el significado y el propósito de las actividades de la vida; plantea que la agencia opera dentro de una amplia red de influencias socio estructurales donde las personas son productos y productores de los sistemas sociales; la agencia permite a las personas participar en su autodesarrollo, adaptación y autorrenovación en tiempos cambiantes. Para Bakan (1966 en Helgeson, 1994) la agencia incluye autoprotección, autoafirmación, autocontrol y autodirección.

En este sentido Ryan y Deci (2000; Deci y Ryan, 1985), puntúan la importancia de la autodeterminación para la agencia; de la motivación intrínseca y los procesos que llevan a ésta de una manera autónoma, competente y en conexión social; a su vez, estos tres últimos conceptos son establecidos teórica y empíricamente como tres necesidades psicológicas básicas universales ligadas al crecimiento humano y al bienestar individual y colectivo. Todo esto forma parte de la teoría de la autodeterminación de los mismos autores donde ésta se conforma tanto de procesos de autonomía, competencia y autoeficacia como de procesos de relación humana (necesidad de conexión, de relaciones sociales).

De acuerdo con revisiones de conceptos, indicadores y evidencia empírica sobre la agencia a nivel individual (Alkire, 2005; Ibrahim & Alkire, 2007; Samman & Santos, 2009), el concepto de funcionamiento autónomo usado en la Teoría de la autodeterminación (Decy & Ryan, 1985, Ryan et al. 1995; Ryan & Deci, 2000) es el más cercano al concepto de agencia de Sen. Ryan y Deci definen a una persona como autónoma cuando actúa voluntariamente y cuando ella o él mismo respalda totalmente las acciones en las que se involucra y/o los valores expresados en estas. La persona más autónoma actúa de acuerdo con sus auténticos intereses, valores o deseos internalizados (Alkire, 2005).

La agencia se ha relacionado con la salud mental y tiene una influencia omnipresente y positiva en el bienestar, especialmente el psicológico, tanto para hombres como para mujeres (Helgeson, 1994). Se han encontrado evidencias empíricas de la relación entre autodeterminación (autonomía, competencia y el relacionarse) con la salud mental y el bienestar eudaimónico; lo mismo sucede con la orientación motivacional básica de los individuos al ser autónoma y autodeterminada en relación con su bienestar y salud (Ryan y Deci, 2000).

Se ha demostrado que la sensación autonomía y autodeterminación (Deci & Ryan, 1985; Ryan, 1995 en Sheldon et al., 1996) es un importante determinante de la salud psicológica y en contraste el sentir que la conducta y los resultados deseados no son contingentes puede llevar a un invasivo sentimiento de desesperanza o indefensión con sus negativas consecuencias (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989 en Sheldon et al., 1996; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978 en Sheldon et al., 1996). Sheldon et al. (1996) encontraron evidencia empírica en apoyo a la hipótesis de que la satisfacción de las necesidades de sentirse competente y autónomo se asocia con mejores niveles de bienestar en el día a día.

Weinstein, Przybylski & Ryan (2012) señalan evidencia científica creciente que sugiere que en la medida que un comportamiento es autónomo o voluntario y regulado por uno mismo más que por circunstancias externas, se predice una variedad de experiencias y conductas positivas y que ha sido relacionado con percepción de gran energía y vitalidad, menos estrés, mayor bienestar y relaciones más gratificantes.

Con relación a la juventud universitaria, existe la creencia de que, a mayor nivel educativo, mayor autonomía; estudios sobre feminismo han evidenciado el aumento de autonomía o empoderamiento en las mujeres con formación universitaria; Peterson (2010) señala que los ambientes educativos son espacios importantes para el empoderamiento y por ende la agencia. Sin embargo, con relación a ser universitario en México, Vázquez, González, Díaz & Pérez (2015) evidencian la existencia de un panorama donde la violencia estructural se cuela por las aulas universitarias a través de

las crisis económicas y sociales que trastocan el sentido de vida de la juventud en estos espacios, de ahí el interés en observar cómo están en su agencia y si ésta determina o no su salud mental positiva.

Algunos instrumentos relacionados con la medición de la agencia son:

Escala de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE) que incorpora 42 reactivos referentes a componentes de: autoeficacia, autodeterminación, control sobre la propia conducta, pensamiento independiente, identificación de necesidad de cambio, miedo al éxito, reconocimiento del aprendizaje propio, percepción del contexto y control sobre el entorno agrupados en dos dimensiones: agencia (35 reactivos) y empoderamiento (7 reactivos). Escala tipo Likert, se reporta consistencia interna en agencia,  $\alpha=0.718$ ; y en empoderamiento,  $\alpha=0.749$ . (Pick et al. 2007). Sin embargo, esta escala reporta un porcentaje muy bajo de varianza explicada (19.39 %) lo que podría influir su validez.

Index of autonomus functioning (IAF) (Weinstein, Przybylski, & Ryan, 2012); fue desarrollada para evaluar la autonomía como disposición / rasgo con base en tres subescalas derivadas teóricamente que evalúan la autoría / auto congruencia, toma de interés y baja susceptibilidad al control. La autoría / congruencia (5 ítems e.j. “mis decisiones van de acuerdo con mis valores y sentimientos más importantes”) refleja cuánto uno se ve a sí mismo como el autor del comportamiento y experimenta una alta consistencia entre los comportamientos, las actitudes y los rasgos. La toma de intereses se refiere a una visión continua hacia uno mismo y la experiencia propia de una manera abierta y sin prejuicios (5 ítems, e.j. “Me intereso por entender las razones de mis actos”). Por último, la baja susceptibilidad al control se refiere a la ausencia de presiones internas y externas como motivadores de comportamientos (5 ítems, e.j. “algunas cosas en las que creo las creo para agrandar a los demás”). Todos los ítems están en una escala Likert de cinco puntos que van del 1 (no del todo cierto) al 5 (completamente cierto); altas medias en las subescalas de autocongruencia y toma de

intereses y bajo puntaje en la subescala de control indican mayor autonomía. Reporta alphas de Cronbach de .80, .87 y .71 respectivamente.

Basic psychological need satisfaction and frustration scale in general (Chen et al., 2015) escala con 24 ítems que indica la satisfacción y frustración de las tres necesidades básicas de la autodeterminación (autonomía, auto competencia y relacionarse) en la vida general. La validez de constructo de la escala de Necesidades Psicológicas Básicas se analizó en una muestra de 1051 participantes de Estados Unidos, China, Bélgica y Perú, se realizó mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio; en todos los ítems se obtuvo una carga factorial mayor a .40; para obtener la confiabilidad, se realizó el análisis para los cuatro países para cada una de las escalas correspondientes. Con respecto a la muestra peruana, se obtuvo para la subescala general un alfa de Cronbach de .80 en la escala de autonomía; .72 para relación y .80 para competencia; para la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas un alfa de Cronbach de .74 para autonomía, .75 para relación y .78 para competencia. Con respecto a la frustración, se obtuvo un alfa de Cronbach de .77 para autonomía; .64 para relación y .67 para competencia (Chen et al., 2015).

Escala general de autoeficacia (EAG), versión en español adaptada por Baessler y Schwarzer, (1996 en Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006) que mide la autoeficacia como una disposición general de personalidad que ha probado su validez y confiabilidad desde su origen (Schwarzer, 1993 en Schwarzer, Bähler, Kwiatek, Schröder & Xin Zhang, 1997) compuesta por 10 ítems amplios y parsimoniosos desarrollados para su uso en diversas culturas, con consistencias internas de .84, .81 y .91 respectivamente. Esta escala evalúa la confianza global que tienen las personas para enfrentarse a situaciones nuevas o estresantes; los análisis psicométricos para muestra mexicana mostraron un coeficiente alfa de .86 y apoyaron la unidimensionalidad y equivalencia de la estructura factorial, se encontraron semejanzas teóricas con los constructos de autocontrol y automonitoreo entre muestras mexicanas y españolas (Padilla et al., 2006). Contiene 10 reactivos con frases generales sobre la confianza global de la persona para enfrentarse a un amplio rango de situaciones (e.g., el Reactivo

2: Puedo resolver situaciones difíciles si me esfuerzo lo suficiente; o el Reactivo 5: Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas) con un formato de respuesta de cuatro alternativas: incorrecto, apenas cierto, más bien cierto y cierto. El sistema de puntuación asigna valores enteros en un rango de valores desde un punto (incorrecto) a cuatro puntos (cierto), la puntuación total se obtiene mediante la suma del valor asignado a la alternativa de respuesta dada a cada uno de los reactivos (Padilla et. al, 2006). Sin embargo, la autoeficacia podría ser un componente de la agencia, pero la principal característica de éste es el funcionamiento autónomo del individuo y su autodeterminación, siendo la autoeficacia un aspecto secundario.

### **Lo social: apoyo y bienestar sociales.**

En 1979 De la Fuente daba cuenta de la influencia del ambiente en la salud mental señalando la relación de diversas problemáticas psicosociales, enfermedades psiquiátricas y suicidios con las condiciones de vida, las condiciones socioeconómicas, violencia hacia los niños, aislamiento social, el ambiente urbano, el sentimiento creciente de vulnerabilidad física y emocional dadas ciertas condiciones socioeconómicas; así como la importancia de la ruptura en los sistemas de relaciones humanas caracterizándola como rupturas con una cultura característica con valores, tradiciones y red social, asociadas a sentimientos de soledad y desamparo que pueden dañar la salud. Incluso observó como la amplitud de distancias o el tiempo y condiciones de traslado entre centros de convivencia (laboral, educativa, cultural, etc) pueden tener cierta influencia en el daño a la salud a través de la generación de tensión y frustración. El autor también señaló: “La salud mental solo es coincidente con la buena adaptación cuando el medio es favorable al despliegue de las potencialidades humanas y provee condiciones para una vida feliz” (De la Fuente, 1979, pp.8).

Para diversos autores (Antonovsky, 1987; Bronfenbrenner, 1987; De la Fuente, 1979; Díaz Guerrero, 2010; Moos, 1974), el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; el papel del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de

variables organizacionales y sociales, así como también físicas, que influirán sobre el desarrollo de la persona por ello se considera un aspecto relevante en el estudio de la determinación de salud mental positiva. En este sentido, los principales entornos de una o un joven universitarios son la familia, las amistades y la escuela.

### *Apoyo social percibido de la familia y los amigos.*

En el estudio de la salud mental se han señalado relaciones con aspectos importantes que rodean al ser humano que pueden ser determinantes en el estado de salud-enfermedad, así como factores de riesgo o de protección (Petersen, Barry, Lund & Bhana, 2013). La teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987) presenta cómo diversos sistemas y las relaciones sociales en ellos dan forma al desarrollo humano y le pueden impactar dependiendo de la etapa de vida en que se encuentre la persona; está el sistema inmediato o microsistema, el mesosistema conformado por diversos microsistemas, el exosistema que es más amplio e incluye relaciones como la escuela o vecindario y el macrosistema que recibe influencias de las instituciones sociales y la cultura (Petersen et al., 2013).

Al respecto de la juventud universitaria, es importante analizar los impactos de los diferentes sistemas en su salud mental positiva; uno de estos puede venir del apoyo de sus redes sociales como la familia y las amistades. Al respecto y especialmente en Latinoamérica algunos jóvenes al ingresar a la universidad continúan viviendo con la familia nuclear hasta edades adultas; otros dejan de vivir con la familia de origen o se distancian de ella, o pasan más tiempo con compañeros y amigos.

La familia es el espacio de socialización primario donde se proveen las primeras experiencias de la vida y modelos de conducta de gran influencia en la formación de identidad, es un espacio de reproducción de la cultura e idealmente, donde se proveen los cuidados a la infancia pero también a la adolescencia y a los jóvenes, sobre todo en los tiempos actuales donde cada vez más jóvenes alargan su salida de la casa

paterna/materna, los ciclos vitales se alargan, así como por las dificultades de encontrar trabajo o la extensión de los estudios profesionales (Mendieta, 2014).

De acuerdo con Flores, Cortés y Góngora (2008), se le considera el grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio que está presente en todas las sociedades, aunque las formas de organización son diversas o han cambiado a través del tiempo e historia, “resulta incuestionable que la familia ha sido, es y seguirá siendo uno de los más importantes contextos en que se produce el desarrollo humano” (Flores, et al., 2008, p. 29).

Se ha señalado que el apoyo social puede impactar en la salud-enfermedad de una persona (Barry, 2009; Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Fernández, 2005; Hernández, Pozo y Alonso, 2004; Petersen et al., 2013), sin embargo, existe mayor investigación en su impacto en la enfermedad y poca en la salud mental positiva.

Las teorías que respaldan la asociación entre el medio ambiente social y la salud se remontan a finales del siglo XIX con el trabajo de Durkheim quien relacionó la cohesión e integración social con el suicidio (Durkheim, 1987), de ahí en el siglo XX John Bowlby (1998) formuló su teoría del apego donde también relaciona el medio ambiente con la patología en consonancia con la idea de la existencia de una necesidad humana universal de vínculos afectivos y que los lazos íntimos creados en la infancia forman parte de una sólida base emocional para la adultez. Ya en los años setenta aumenta el interés por las dimensiones derivadas de las relaciones sociales y la predominancia del término apoyo social en gran variedad de publicaciones (Fernández, 2005).

De acuerdo con la revisión teórica de Fernández (2005), diversos autores señalan los nexos del apoyo social con la salud: las ideas de Cassel en 1974, señalan que los cambios en el ambiente social pueden alterar la resistencia de las personas hacia la enfermedad; Caplan en el mismo año, resalta la importancia de los recursos derivados de las relaciones sociales como el apoyo emocional, instrumental, entre otros para el bienestar de las personas; Faris en 1934 sostuvo que la integración social era

esencial para el desarrollo de una personalidad normal y conducta social apropiada y que el aislamiento constituye el riesgo más importante para desarrollar un desorden mental y los hallazgos de Gottlieb sobre el papel de las fuentes proveedoras de apoyo (personas del entorno -amigos, vecinos, etc.- antes que especialistas) para el mantenimiento de la salud mental dentro de la comunidad.

El apoyo social se señala como uno de los recursos sociales más importantes en el proceso de salud-enfermedad para el cuál existe una diversidad de conceptualizaciones y abordajes en función de sus diferentes dominios de los que resaltan los estudios desde tres focos: el estructural, funcional y contextual; en cuanto a la perspectiva estructural, su importancia está en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial de apoyo sin embargo la existencia de una red no significa que se obtendrá apoyo de la misma; en este sentido diversos autores conceptualizan el apoyo social en su dimensión subjetiva como apoyo percibido que es lo que promovería la salud (en Fernández, 2005).

Las teorías explicativas sobre el apoyo social desde una perspectiva funcional también se han dividido en dos explicaciones de sus efectos como efecto directo o amortiguador sobre la salud mental y el bienestar generándose evidencia empírica para ambas formulaciones (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Hernández et al., 2004). En este caso será un estudio sobre sus efectos directos donde se ha observado que la integración de una red de vínculos genera sentido de pertenencia y seguridad, proporciona información y recursos y permite el reconocimiento de la propia valía aumentando la autoestima (Hernández, et al., 2004).

### ***El bienestar social.***

Entre los estudios psicológicos sobre bienestar la mayoría se han centrado en el análisis de las dos grandes tradiciones: hedónica y eudaimónica enfocadas principalmente en los afectos positivos como satisfacción la primera y aspectos del funcionamiento la segunda, por otra parte, Keyes (1998) analizó la contribución que

puede hacer la inclusión de la dimensión social al bienestar y evitar el riesgo de centrarse en una persona sin relación con el mundo que le rodea (Espinosa, Beramendi y Zubieta, 2015). Es así como propone la dimensión de bienestar social definido como la valoración de las circunstancias propias y del funcionamiento de la sociedad, lo que implica evaluar la relación de las personas con su medio social y cómo éste condiciona el bienestar (Keyes, 1998).

Keyes (1998) identificó cinco dimensiones: a) Integración social, la calidad de las relaciones con la sociedad general; b) Aceptación social, valoración que se realiza de la sociedad a través del carácter y las cualidades de otras personas como una categoría generalizada; c) Contribución social, balance de la utilidad de las propias aportaciones a la comunidad y la valoración que ésta hace de las mismas; d) Actualización social, confianza en el futuro de la sociedad, en que se desarrolla y ofrece oportunidades de desarrollo para la persona; y e) Coherencia social, la valoración sobre la capacidad de entender la dinámica social y encontrar una lógica en los acontecimientos que ocurren en la sociedad.

Investigaciones sobre psicología y salud han aportado evidencia de que las percepciones positivas de la sociedad en los individuos y de cómo éstos actúan en ella, se asocian con niveles de salud mental y física (Barron y Sánchez, 2001; Blanco y Díaz, 2006; Laca, Mejía y Yañez, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 1999 en Blanco y Díaz, 2005; Keyes y Shapiro, s.f. en Blanco y Díaz, 2005). Laca et al. (2010) señalan que la actualización y la coherencia del constructo propuesto por Keyes son dimensiones opuestas a la anomia social que es la escasa cohesión de una sociedad con baja integración de personas y grupos e individualmente son comportamientos asociales e insolidarios.

Por otra parte, Blanco y Díaz (2006) encontraron relaciones significativas y fuertes entre bienestar social con autoestima y depresión como indicadores de salud mental; Zhang, Chen, McCubbin, McCubbin & Foley (2011) realizaron un estudio sobre la relación entre educación, variables sociodemográficas y bienestar social como predictores de salud mental y física encontrando que, todos los índices de bienestar social estaban asociados de manera positiva con la salud mental (ésta última medida

con ítems del sf-12 sobre estado de ánimo, ánimo depresivo, ánimo calmado, energía, problemas emocionales y funcionamiento) y de manera predominante la coherencia social seguida por la integración, contribución y actualización, también encontraron asociación positiva del bienestar social con la salud física.

Dado que este es un estudio sobre la salud mental desde las ciencias sociales es importante analizar este tipo de variable, además, de acuerdo con la teoría ecológica de Bronfenbrenner ya mencionada, se tiene que tomar en cuenta la importancia de aspectos internos, individuales, instrumentales, así como de aspectos sociales, colectivos y externos en relación a la salud mental.

### **Cultura: individualismo-colectivismo.**

El estudio de la cultura ha sido principalmente interés de la antropología, pero también ha sido estudiada a través de diversas disciplinas; su conceptualización es diversa, desde lo objetivo etnocéntrico al relativismo extremo; Laungani (2007) menciona que recientemente se han disipado algunas líneas divisorias entre las distintas disciplinas y enfoques al emerger nuevas áreas de especialidad como la antropología psicológica, antropología cognitiva, psicología cultural, entre otras donde se encuentran puntos de convergencia y diferentes miradas a diferentes aspectos de la misma. En psicología se ha abordado desde la línea social y desde la psicología cultural y transcultural de donde surge la etnopsicología.

Desde la antropología, Sir Edward Tylor fue el primer referente en introducir el concepto como "... ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad" (1871, p.1 en Guiddens, 1997). Clifford Geertz, antropólogo cultural contemporáneo la define alrededor de 1970 como un sistema de símbolos a través de los cuales la persona da significado a su existencia, sistema que le otorga un marco significativo referencial en sus relaciones personales, consigo misma, con el mundo que le rodea (García Amilburu, 1998).

La etnopsicología, supone que aspectos como la personalidad y comportamiento se determinan por una continua dialéctica entre biología, psicología individual, de grupos y la cultura donde se vive (Díaz Guerrero 2011); donde la cultura, “incluye afirmaciones verbales (tradiciones, valores, creencias) y entidades estructurales (cultura material, organización, instituciones)” (Flores, 2014, p.14). La cultura en la cual una persona se desenvuelve le provee de lo anteriormente mencionado y la sociocultura resulta en un sistema de premisas culturales interrelacionadas (normas, roles, etc) que gobiernan los sentimientos e ideas y jerarquizan las relaciones interpersonales, estipulando roles y reglas para la interacción social (Díaz Guerrero, 1963 en Díaz Guerrero, 2011).

En la etnopsicología mexicana, Díaz Guerrero (1963 en Díaz Guerrero, 2011) planteó que las premisas socioculturales guían el comportamiento dentro los grupos sociales y en las superestructuras institucionales resaltando la importancia de demostrar científicamente la relación entre la cultura y la personalidad mexicanas. Así, la dirección de la sociocultura puede influir en el desarrollo de la personalidad, pero también en las metas, la calidad de vida (Flores, 2014) y por supuesto la salud. En la psicología la utilidad del concepto de cultura se da para describir el modo en el cual los aspectos individuales adquieren sentido a través de sus relaciones con colectivos e instituciones que a su vez tienen sistemas de reglas y normas de inclusión y exclusión dinámicas en tiempo que, permiten a través de diferentes valores, aumentar las posibilidades de supervivencia y bienestar (Vera Noriega, Rodríguez Carvajal y Grubits, 2009).

La psicología social estudia la cultura y la analiza e interpreta desde lo *emic* y *etic* de un grupo, en relación a un proceso o estado psicológico (que en este caso sería la salud mental positiva); todo ello con objetivo de contextualizar socialmente una serie de variables que median dinámicamente con sistemas de normas y reglas institucionales o políticas delimitadoras de posibles elecciones, selecciones de conductas promoviendo así, factores de riesgo o protección asociados a fenómenos de salud física y psicológica (Vera et al., 2009).

La psicología transcultural como rama de la psicología social ofrece evidencia empírica y planteamientos teóricos que señalan la posibilidad de relaciones entre ciertos aspectos culturales y la salud. En este trabajo, se plantea estudiar la relación entre un aspecto cultural y la salud mental, es el caso de las dimensiones culturales de individualismo / colectivismo. Triandis (1994 en García, 2011) define la cultura como un conjunto de aspectos subjetivos y objetivos construidos por el ser humano, que en un pasado aumentaron la probabilidad de sobrevivir y resultaron satisfactorios para quienes conformaban un mismo nicho ecológico y que se transmitieron de persona a persona por medio de compartir un lenguaje, lugar de residencia y un mismo tiempo; los elementos subjetivos son los que se forman dentro de los procesos mentales de las personas.

De acuerdo con las diversas concepciones, se puede hablar como personas en una misma cultura a los miembros de un mismo grupo que comparten valores, creencias, actitudes y modos de comportarse, que comparten espacios, herramientas y todo ha pasado de persona a persona por medio de la comunicación (García, 2011) oral, escrita, simbólica. García (2011) señala diferencias y discrepancias en cuanto a la delimitación de las conceptualizaciones de cultura donde todos los elementos a su vez afectan y son afectados por las características de las personas generando una manera generalizada de interacción social y, de la misma manera como se clasifican los grupos, las culturas o elementos culturales se han tratado de clasificar.

La investigación transcultural ha generado importante información sobre diferencias culturales, un ejemplo y de las primeras maneras de clasificar una cultura es el de Hofstede (Hofstede, Hofstede & Minkov, 2010) que encontró en variadas ocasiones y diversas culturas cuatro dimensiones culturales como: distancia jerárquica, evitación de la incertidumbre, individualismo-colectivismo y masculinidad feminidad, que evidencian influencias de la cultura en la cognición, emoción, motivación y conducta social entre otros.

Una de las dimensiones más estudiadas (Díaz-Loving, Cruz-Torres, Armenta-Huarte y Reyes-Ruiz, 2018) llamada también orientación cultural (Triandis, 2005) es

el individualismo-colectivismo que se refiere a la valorización que se da entre la persona ante el grupo (Páez y Casullo, 2000) y surge con el fin de comprender lo que mantiene en unión a los miembros de una sociedad, e impide a estas desintegrarse (Vera et al., 2009). En el individualismo se valoran más las tareas que las relaciones sociales, se percibe a los otros como individuos y no por su categoría social, se valora la privacidad, conciencia individual centrada en la persona y aspectos como el autocuidado; y en el colectivismo se valoran más las relaciones sociales que las tareas, se percibe más a los demás por categoría social, importa la pertenencia social, la armonía grupal y la conciencia individual se basa en la pertenencia grupal, así como estructuras sociales que se basan en familias extensas donde las personas se cuidan unas a otras (Díaz-Loving et al., 2018).

En este enfoque se da el supuesto de que en toda cultura coexisten individualismo-colectivismo y son más o menos enfatizados dependiendo de la situación siendo que las personas poseen cogniciones de ambos tipos y la diferencia está en que en algunas culturas es más probable ser individualista y en otras colectivista (Triandis, 1994).

Triandis (1995) señala que no es una dimensión bipolar sino más bien ortogonal donde ambas dimensiones se dan a nivel vertical u horizontal, aspecto que se ha relacionado a la equidad y jerarquización en las culturas como forma de organización en la sociedad (Alkire, 2005; Díaz-Loving et al., 2018; Triandis, 1995) así en el individualismo horizontal se valora el tener espacio e identidad propia y ser diferente de las demás personas; en el individualismo vertical se da importancia al triunfo y el hedonismo; en el colectivismo horizontal se resalta la relación de igualdad en el grupo y el establecimiento de armonía grupal y en el colectivismo vertical predomina un sentido de cumplimiento, obediencia y respeto por quien tiene poder (Triandis, Chen & Chan 1998).

En relación con el tema de salud mental y bienestar existen evidencias diversas en culturas acerca de la relación del individualismo-colectivismo con estos aspectos. Triandis (2005) ha encontrado algunos aspectos divergentes, por ejemplo, en algunos

países individualistas se ha observado puntaje más elevado en satisfacción con la vida en relación al bienestar subjetivo que los colectivistas (no así para México que es considerado un país colectivista) a pesar de la existencia de datos de alta incidencia de problemáticas sociales (delincuencia, drogadicción, suicidios, por ejemplo); algunos investigadores opinan que los individualistas pueden ser más felices cuando obtienen logros individuales, se orientan y enfocan en metas personales ignorando los problemas sociales del entorno (Triandis, 2005).

A nivel cultural los valores se han estudiado en las relaciones entre los aspectos que prioriza una persona y que inciden en el tipo de bienestar o satisfacción dependiendo también de la cultura en la que estén; es decir, si están en una cultura colectivista y prefieren valores colectivistas como benevolencia esto afecta positivamente el bienestar en aspectos como satisfacción con lo psicosocial, o si están en una cultura individualista y se tiene apego a valores de auto dirección ello beneficia aspectos del bienestar a nivel funcional o individual (Joshnloo, 2013).

En general diversos estudios han clasificado a México como país altamente colectivista (Hofstede, 1980, 1983; Hofstede et al., 2010; Triandis, 2005; Vera et al., 2009) pero como ha señalado Triandis, en un mismo país puede haber distintas manifestaciones de estas orientaciones culturales. Laca y Mejía mencionan (2007) que han encontrado altos niveles de individualismo en estudiantes universitarios mexicanos con diferentes instrumentos de medición, en otro estudio con una pequeña población de jóvenes encontraron correlaciones positivas entre individualismo horizontal (media más alta) y satisfacción con la vida, así como una regresión lineal significativa del individualismo horizontal sobre la satisfacción (Laca y Mejía, 2007). Ello lo explican en congruencia con algunas teorías que señalan una mayor satisfacción con la vida en culturas individualistas horizontales donde no se dan situaciones de alta competitividad, y sí se desea vivir la vida sin demasiados condicionamientos de la colectividad (como en el colectivismo vertical) donde se puede estar en competencia permanente con el ambiente profesional y social para lograr las metas en pugna (Laca y Mejía, 2007).

Por otra parte Rudmin (2002 en Triandis, 2005) encontró relación entre el individualismo y las tasas de suicidio respaldando que las personas que se sienten altamente integradas a su sociedad tienen menos riesgo de cometer suicidio, lo que, probablemente se relacionaría con el bienestar social; también se señala que los fallos en las sociedades colectivistas pueden ser compartidos con el grupo no así en las culturas individualistas donde se tienen que encarar solo y en estas sociedades las expectativas de logro pueden ser más altas y llevar a depresiones (Triandis, 2005).

También se señalan posibles nexos entre la enfermedad mental y el individualismo; en 2001 Torrey y Miller reportaron un aumento en el número de personas enfermas en relación a un aumento en el individualismo en la cultura y se señala la necesidad de mayor investigación en el tema (Triandis, 2005). Utsey, Hook, Fisher y Belvet (2008 en Omar, Almeida, Paris, Aguiar y Del Pino, 2010) señalan que el contexto cultural puede determinar el cómo las personas mantienen un funcionamiento saludable y reaccionan al estrés, explican que la cultura colectivista se relaciona con la búsqueda de apoyo social y vínculos afectivos, lo que puede ser amortiguador del estrés en los entornos hostiles posmodernos lo que contribuiría a aumentar el bienestar (Pinkerton y Dolan en Omar et al., 2010). Kagitcibasi (1997) señala que al crecer la urbanización de los países en vías de desarrollo tiende a disminuir el colectivismo y aumentar el individualismo; lo mismo se ha encontrado en relación con el aumento de la escolaridad y el aumento del individualismo horizontal (Díaz-Loving et al., 2018).

Omar y colaboradores (2010) encontraron que las dimensiones de individualismo y colectivismo horizontal se relacionan con el desarrollo de la resiliencia presentándose como mediadores entre el individuo y los estresores en muestras latinoamericanas incluyendo a México con adolescentes. Se ha encontrado por ejemplo que el bienestar psicológico requiere el rechazo de las jerarquías socialmente construidas (Constantine y Sue, 2006 en Omar et al., 2010). Cabe recordar que aspectos de enfrentamiento resiliente y positivo se encuentran en la dimensión

dominio del entorno de la salud mental positiva (Barrera y Flores, 2015) por lo que podría presentarse relación entre ésta y las dimensiones culturales horizontales.

Así, desde la psicología se empieza a observar más la contribución de la cultura a la salud mental en el impacto de variables culturales sobre el funcionamiento saludable (Omar et al., 2010); en algunos estudios se encontró que el colectivismo influye en el bienestar, bienestar subjetivo, resiliencia y la interacción social y el individualismo sobre el autoconcepto y negativamente sobre el enfrentamiento positivo, la inteligencia emocional y la resiliencia (Utsey et al., 2008 en Omar et al., 2011). En otros estudios se observa la influencia del colectivismo de padres en la dependencia y baja autoestima de los hijos en tanto que los individualistas socializan a sus hijos para la seguridad e independencia (Utsey et al., 2007 en Omar et al., 2011).

Dadas las relaciones encontradas e hipotetizadas entre las orientaciones culturales mencionadas con el bienestar y la salud mental, así como las divergencias y escasos estudios en México y con relación a la salud mental positiva, se propone estudiar este factor como parte del aspecto cultural desde el análisis psico socio cultural de este fenómeno.

### **El papel de algunos factores demográficos: género y nivel económico.**

Los determinantes sociales de la salud son factores que la promueven o deterioran, así como los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de estos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad (Álvarez Castaño, 2009) como bien puede ser el nivel económico o el género. Señalar las diferencias entre grupos sociales es importante para esta perspectiva.

Por una parte, la relación entre condiciones de vida y salud se estableció a principios del siglo XIX al evidenciar que las enfermedades se asociaban a malas condiciones económicas, ambientales y de alimentación en ciertas poblaciones de trabajadores situación que impulsó la salud pública y la epidemiología; en años posteriores ha habido diversos esfuerzos para trabajar sobre los determinantes

económicos de la salud, sin embargo y a pesar de los avances teóricos y empíricos, aún se señala como campo de estudio en construcción (Álvarez Castaño, 2009). Todavía en 2004, la OMS lanzó la convocatoria para trabajar sobre estos aspectos (Irwin, et al., 2006).

Al respecto, variables como el apoyo social y la salud han sido relacionadas de una u otra manera con los recursos socioeconómicos. Barrón y Sánchez (2001) encontraron evidencia que señala relaciones empíricas de la posición social (dada por el ingreso y el estatus laboral) con el apoyo social y a su vez con la salud mental; apoyando algunos planteamientos sociológicos de que la relación con los recursos económicos influye en el aislamiento e incluso en la alienación; en este estudio se observó impacto de los factores socioeconómicos sobre indicadores de bienestar y deterioro psicológico.

Al respecto, un modelo ecológico que busque analizar y promocionar la salud mental positiva necesita tomar en cuenta elementos ecológicos del ámbito social, económico y cultural (Zubric & Kovess-Masfety, 2005 en Barry, 2009). Al respecto, también es importante tomar en cuenta la influencia de la sociedad y la cultura que se puede ver reflejada en la socialización de género. A partir de la incorporación de la perspectiva de género en la ciencia se ha profundizado en los análisis de diferencias entre hombres y mujeres en diversos tópicos. Particularmente en el estudio de la cultura mexicana se ha observado su influencia en diversas variables, algunas relacionadas con la salud mental con relación a la socialización y los roles de género donde las mujeres son más socializadas en aspectos como el cuidado de los demás o la expresividad y los hombres en el logro de metas o la competencia (Rocha-Sánchez, 2011; Rocha-Sánchez & Díaz-Loving 2005) influyendo por ende en su bienestar o malestar mental.

Con relación a la salud mental positiva, algunos estudios reportan diferencias entre hombres y mujeres. En un estudio con adolescentes mexicanos de 14 a 20 años, Toribio, González-Arratia, Oudhof & Gil (2018) encontraron diferencias significativas; las mujeres obtuvieron una media más alta en satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relaciones interpersonales y los hombres en

autocontrol; otra investigación (Barrera 2011) encontró diferencias donde las mujeres puntuaron más altas en habilidades sociales, empatía y sensibilidad social y presencia de malestar psicológico y los hombres en más altos en bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno y bienestar físico reflejando dichos aspectos sobre las diferencias en la socialización de género; otro estudio (Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldan-Merino, & Ferre-Grau, 2013) con adultos españoles mayores de 45 años reportó diferencias significativas entre hombres y mujeres, puntuando más alto las mujeres en actitud prosocial y habilidades de relaciones interpersonales y los hombres más altos en satisfacción personal y autonomía, no se profundizó en el significado de dichas diferencias. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que dichos estudios se han realizado con diferentes instrumentos, diferente población o diferente contexto al de los jóvenes universitarios.

Tradicionalmente, en muchas culturas al género femenino se le han atribuido características como el ser amable, empática, preocuparse por los demás en rol de cuidadoras y rasgos expresivos que favorecen el intercambio e interacción social y están encaminados al cuidado y bienestar común (Rocha-Sánchez, Díaz-Loving, & Rivera-Aragón, 2006); también se han relacionado con la aparición de trastornos mentales como la depresión (Rocha-Sánchez et al., 2006). Con respecto al género masculino Rocha-Sánchez et al. (2006) señalaron que aspectos como la orientación al logro y otros asociados a la masculinidad y androginia se asociaron con mejor salud mental. Por ello, es necesario incorporar el estudio de este tipo de aspectos socioculturales en la investigación sobre salud mental.

Es así como, aunado a los factores ya mencionados, se busca tomar en cuenta el análisis de aspectos como el género y la economía referentes a la Salud Mental, en especial si se está investigando con aspectos del entorno sociocultural. Y aunque no se pretende hacer un análisis profundo se tomarán en cuenta para los análisis de diferencias descriptivos.

## Capítulo 2. Método

La presente investigación buscó analizar la incidencia de aspectos individuales, sociales y culturales en la SMP de jóvenes universitarios en Mérida Yucatán a partir de los factores: agencia, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo. Así como describir dichos factores y sus diferencias a partir de variables demográficas. Y al tratarse la salud mental de un fenómeno de dinámica individual-social, multidimensional y multicausal se propuso una metodología mixta que permitiera miradas complementarias (aspectos objetivos-subjetivos) que permitan una mayor comprensión del fenómeno.

En este sentido, la investigación en ciencias sociales admite la aplicación de una diversidad de metodologías y técnicas de análisis y de acuerdo con Creswell (2009) un método mixto es de utilidad para comprender mejor el problema de investigación convergiendo (o triangulando) las tendencias numéricas generales de la investigación cuantitativa y el detalle de la investigación cualitativa. Ello permite profundizar en la pregunta de cuáles son los factores psico socio culturales que influyen en la salud mental positiva de los jóvenes universitarios.

Por otra parte, la metodología mixta se encuentra actualmente en un mayor nivel de madurez y se presenta para dar respuesta a la necesidad de un marco que combine los elementos de las ideas, estrategias y fundamentos filosóficos en los enfoques de la investigación existentes (Creswell, 2009). En este sentido, la postura paradigmática de éstos métodos declarados incluso desde la complementariedad paradigmática es el pragmatismo (Creswell, 2009; Hernández, Fernández, Baptista, 2016) que plantea lo funcional y la combinación de herramientas para una mayor amplitud o mejor comprensión; permite la integración de teorías; plantea una visión “intersubjetiva” que contempla grados posibles de objetividad y subjetividad y el conocimiento es visto como construido, pero también fundamentado en la “realidad” del mundo que experimentamos y el cual vivimos (Creswell, 2009; Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

Se planteó para la presente investigación, el uso de una metodología Mixta predominantemente cuantitativa complementada con cualitativa en un diseño de tipo concurrente anidado (CUAN + Cual) (Creswell, 2009; Hernández, et al., 2016; Sánchez, 2015) debido a cuestiones de tiempo y viabilidad; recopilándose ambas formas de datos al mismo tiempo durante el estudio que se integraron en la interpretación de resultados generales (Creswell, 2009; Hernández, et al., 2016; Hernández y Mendoza, 2008 en Hernández et al., 2016; Sánchez, 2015) para dar respuesta al objetivo planteado. La figura 2 ilustra la metodología.

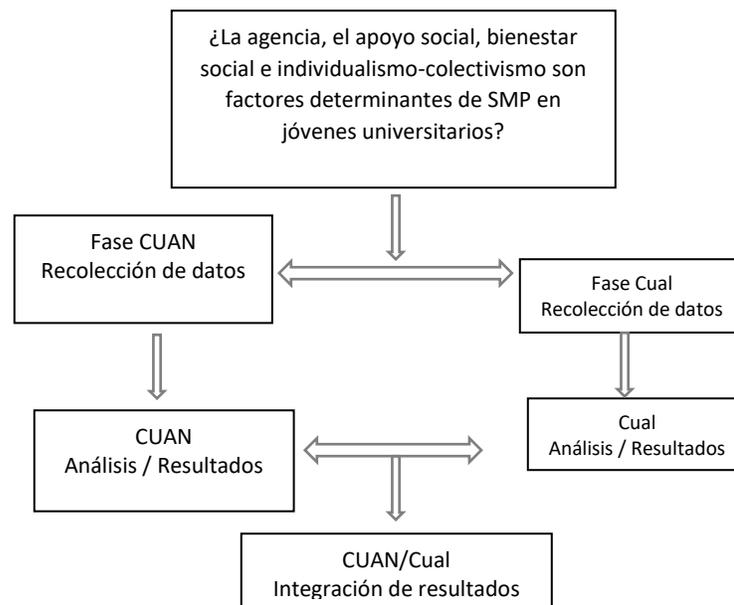


Figura 2. Representación de las fases metodológicas (Elaboración propia)

La hipótesis principal que guio la fase de investigación cuantitativa, basada en las teorías ecológicas del desarrollo humano, salutogénicas y biopsicosociales, así como fundamentos teórico-empíricos y relaciones hipotéticas de la salud mental

enuncia que los factores: agencia, apoyo social, bienestar social e individualismo colectivismo pueden ser factores predictores de salud mental positiva.

Por su parte, la fase cualitativa exploró qué aspectos individuales, sociales y/o culturales emergían en el discurso de los jóvenes como determinantes de salud mental positiva, analizando si la agencia, el apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo se hacían presentes en dicho discurso.

Finalmente, se realizó una integración de los análisis cuantitativos y cualitativos con el fin de complementar la visión del fenómeno.

A continuación, se describe el objetivo general de la investigación, posteriormente se presentan los objetivos y aspectos metodológicos de cada fase de esta (CUAN+Cual).

### **Objetivo General**

Analizar la incidencia de aspectos individuales, sociales y culturales en la SMP de jóvenes universitarios en Mérida Yucatán a partir de los factores: agencia, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo y a través de la subjetividad de las y los participantes.

### **Fase Cuantitativa**

En esta fase se utilizó un método cuantitativo multivariado de campo ex post facto no experimental con un diseño transversal correlacional-causal en el que se describen relaciones de tipo causal entre dos o más variables en un momento determinado donde las causas y efectos ya ocurrieron en la realidad, se investigan, se observan y se reportan; quien investiga determina la dirección y establece cuál es la causa y cuál el efecto (Hernández et al., 2016). Ello a través de análisis estadísticos de regresión multivariada.

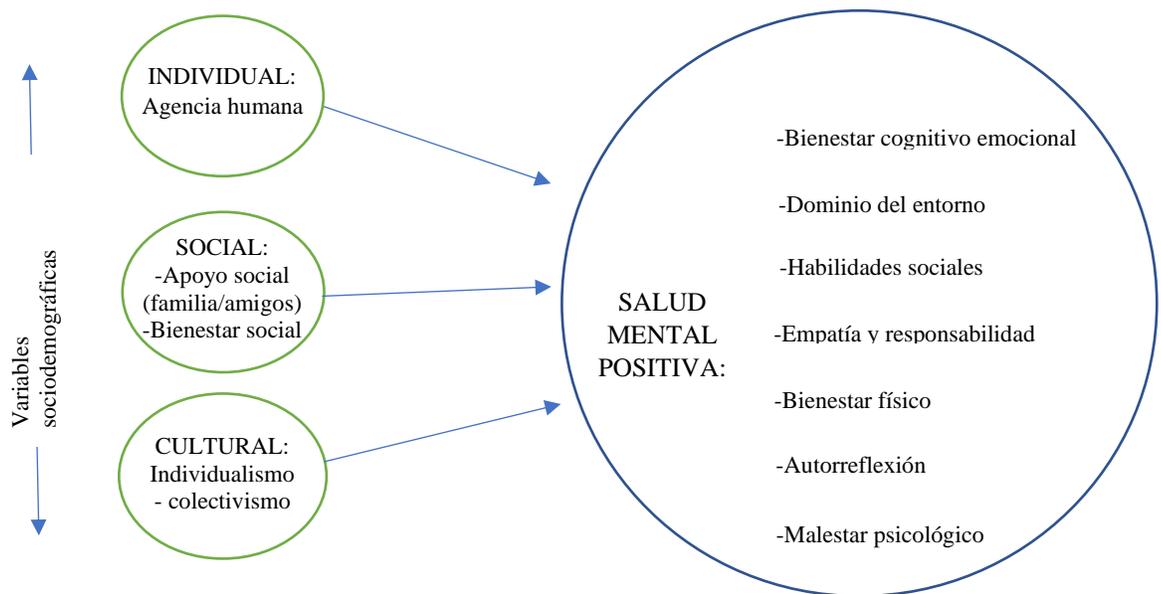
Es la fase de mayor peso desde donde se describe la salud mental positiva de los participantes, así como su agencia, apoyo social percibido, bienestar social,

orientación cultural y algunas variables sociodemográficas; así mismo analizar estos factores como predictores de la SMP.

### **Objetivo general.**

Determinar el mejor predictor de salud mental positiva a partir de los factores: agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social e individualismo colectivismo en jóvenes universitarios en Mérida Yucatán (ver figura 3).

Figura 3. Esquema específico de los factores de estudio (elaboración propia)



### **Objetivos específicos.**

Describir los factores de salud mental positiva, agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social y el individualismo-colectivismo de jóvenes universitarios de Mérida Yucatán.

Analizar las diferencias por sexo y satisfacción socioeconómica en los factores planteados.

Establecer la correlación estadística de los factores agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social, individualismo-colectivismo con la salud mental positiva.

Establecer la relación causal estadística de los factores agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social e individualismo-colectivismo con la salud mental positiva.

Determinar si la agencia, el apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social e individualismo-colectivismo son factores predictores de la salud mental positiva de jóvenes universitarios de Mérida Yucatán.

### **Preguntas de investigación.**

Las preguntas que guían y dan sentido a esta fase de investigación son:

¿La agencia, el apoyo social de la familia y el de los amigos, bienestar social y el individualismo-colectivismo son factores predictores de la salud mental positiva de jóvenes universitarios de Mérida Yucatán?

¿Cuáles son los niveles y dimensiones predominantes de salud mental positiva de los jóvenes universitarios?

¿Cuál es el nivel de agencia, el apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social e individualismo-colectivismo predominante de los jóvenes universitarios?

¿Existen diferencias en las variables señaladas por sexo y satisfacción socioeconómica?

### **Hipótesis.**

De trabajo.

H1: La agencia, el apoyo social de la familia y de los amigos, el bienestar social y el individualismo-colectivismo son predictores de salud mental positiva en jóvenes universitarios de Mérida Yucatán.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social, individualismo-colectivismo y salud mental positiva entre hombres y mujeres.

H3: Existen diferencias estadísticamente significativas en agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social, individualismo-colectivismo y salud mental positiva entre quienes sienten satisfechas sus necesidades económicas y quienes no.

Hipótesis nulas:

H01: La agencia, el apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social e individualismo-colectivismo no son predictores de salud mental positiva en jóvenes universitarios de Mérida Yucatán.

H02: No existen diferencias estadísticamente significativas en agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social, individualismo-colectivismo y salud mental positiva entre hombres y mujeres.

H02: No existen diferencias estadísticamente significativas en agencia, apoyo social de la familia y de los amigos, bienestar social, individualismo-colectivismo y salud mental positiva entre quienes sienten satisfechas sus necesidades económicas y quienes no.

### **Participantes.**

Participaron jóvenes estudiantes de licenciatura de instituciones de Mérida Yucatán. A nivel estatal, se reporta para Yucatán en el ciclo escolar 2015-2016 el lugar 22 en matrícula de educación superior del país, con un total de 74,811 alumnos que incluyen licenciatura y posgrado, de los cuales 70,761 están en modalidad escolarizada; en materia de sexo, del total de la matrícula, el 50.7 % son hombres y 49.3 % mujeres (Secretaría de Educación Pública, SEP, 2015-2016). En el ciclo escolar 2015-2016, la matrícula de licenciatura del Estado de Yucatán ascendió a 69,235 alumnos que incluye técnico superior, licencia profesional y licenciatura, en tanto que la matrícula de posgrado que contempla la especialidad, maestría y doctorado, registró 5,576 alumnos, lo que representa el 7.4 % de la matrícula de educación superior de la entidad, similar al promedio nacional (SEP 2015-2016).

Las instituciones particulares representan el primer lugar dentro de la matrícula de educación superior en la entidad de 47 %, seguidas por las instituciones autónomas. En el Estado, la Universidad Autónoma de Yucatán atiende al 22% del total de la matrícula de educación superior de la entidad.

La población de este estudio serán todos los estudiantes universitarios de la ciudad de Mérida Yucatán en donde la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES, 2017) registra un total de 51,282 alumnos matriculados en modalidad escolarizada (incluyendo técnico superior universitario y Normal superior) de los cuales 24,638 son hombres y 26,644 son mujeres; 26,755 (11,629 hombres, 15,126 mujeres) pertenecen a escuelas particulares y 24, 527 a escuelas públicas (13,009 hombres, 11,518 mujeres); se cuenta con 55 instituciones de educación superior (que incluyen licenciatura en educación normal, universitaria y tecnológica) de las cuales 9 son públicas y 46 son particulares.

Para sacar el tamaño de la muestra se utilizaron tablas de muestreo aleatorias según las cuales se necesita una muestra mínima de 382 personas para un nivel de confianza del 95% (Krejcie & Morgan, 1970); sin embargo, de acuerdo con el tipo de

diseño metodológico, en este caso correlacional-explicativo es posible que se amplíe el tamaño de la muestra. Algunos autores metodológicos sugieren diferentes tamaños de muestra de acuerdo con los tipos de análisis (Hernández et al., 2016); para estudios causales Closas, Arriola, Kuc, Amarilla y Jovanovich (2013) mencionan como regla general en diversas publicaciones metodológicas una proporción de cinco a uno por cada variable independiente, por tanto, el tamaño de la muestra podría ser de 660 participantes ya que se cuenta con 119 reactivos (variables independientes) (Ver Tabla 5).

Tomando en cuenta este tamaño de muestra, se realizó un muestreo estratificado de acuerdo con el sexo por conveniencia tratando de tener representatividad de diferentes campos de estudio (Ciencias sociales, de la salud, matemáticas e ingenierías, biológicas). Se seleccionaron dos escuelas públicas y dos privadas de la ciudad de Mérida con el mayor número de estudiantes matriculados (ANUIES, 2017); las licenciaturas conformaron conglomerados y también se buscó una proporción estratificada.

Tabla 5. Mínimo de participantes requeridos por estrato por sexo (elaboración propia)

	Hombres	Mujeres	Muestra
Muestra	317	343	Total: 660

## **Definición de variables.**

### ***Definición conceptual.***

*Agencia*. Lo que una persona es libre de hacer y lograr al perseguir cualesquiera valores o metas que él o ella considera importantes” (Sen, 1985, p.203); se ejerce a través de la autodeterminación autónoma cuando la conducta es experimentada como voluntaria y apoya plenamente las acciones o valores en los que se involucra, las personas son más autónomas cuando actúan de acuerdo a sus intereses auténticos o valores y deseos internalizados (Deci & Ryan, 1985; Ryan, Deci & Grolnick, 1995; Ryan y Deci, 2000).

*Apoyo social percibido*. La extensión en la cual el individuo considera que necesita el apoyo, y cómo la información y la retroalimentación son recibidas y percibidas (Procidano & Heller, 1983). Se refiere al impacto que las redes sociales tienen en el individuo.

*Bienestar social*. Valoración de las circunstancias propias y del funcionamiento de la sociedad, implica evaluar la relación de la persona con su medio social y cómo éste condiciona el bienestar (Keyes, 1998).

*Individualismo-colectivismo*. Dimensión cultural que se refiere a la valorización que se da entre la persona ante el grupo social y surge con el fin de comprender lo que mantienen en unión a los miembros de una sociedad y le impide desintegrarse; en el individualismo se valoran más los logros personales, la privacidad, la conciencia individual centrada en la persona y el autocuidado; en colectivismo se valoran más las relaciones sociales, la pertenencia social, la armonía grupal, se percibe a los demás por categoría social y la conciencia individual se basa en la pertenencia grupal y estructuras sociales donde las personas se cuidan unas a otras; es una dimensión ortogonal donde ambas orientaciones se dan a nivel horizontal o vertical, aspecto relacionado con la equidad y jerarquización (Díaz-Loving et al., 2018;

Triandis, 1995).

*Salud mental positiva.* Capacidad conformada por percepción subjetiva de bienestar y armonía e indicadores de funcionamiento psicosocial y físico, disposición hacia actitudes positivas y capacidad de adaptación satisfactoria al medio que permiten alcanzar metas vitales y de auto desarrollo de acuerdo al contexto (Barrera, 2011, Barrera y Flores, 2015).

### ***Definición operacional.***

*Agencia.* La puntuación obtenida en la escala Index of Autonomus Functioning (IAF) (Weinstein et al., 2012), en su versión traducida, adaptada al Español por la autora de ésta investigación siguiendo el proceso de adaptación transcultural.

Esta escala fue sugerida por Alkire (2005) en una revisión conceptual y de instrumentos existentes a nivel mundial como el mejor instrumento para medir la agencia ya que toma en cuenta la voluntad autónoma de la persona desde la teoría de la autodeterminación cosa que no se contempla desde otras teorías o instrumentos hasta ahora revisados. Esta escala proporciona una medición del rasgo de autonomía basado en tres dimensiones teóricas: autocongruencia o auto autoría, toma de interés y baja susceptibilidad al control en concordancia con la teoría de la autodeterminación, es cuando la conducta es experimentada como voluntaria y apoya plenamente las acciones o valores en los que se involucra la persona y ésta actúa de acuerdo a sus intereses auténticos o valores y deseos internalizados.

*Apoyo social percibido de la familia y de los amigos.* La puntuación obtenida en las Escalas de Apoyo Social Percibido de Familia y Amigos (PSS-Fa, PSS-Fr) (Procidano & Heller, 1983) validadas para población mexicana (Domínguez et al., 2011) que evalúan apoyo social emocional percibido por parte de la familia y amigos.

*Bienestar social.* La puntuación obtenida en el Instrumento de Bienestar Social (Keyes, 1998), traducida y adaptada a la cultura mexicana para el presente estudio que



<p>aplicarlo al español y cultura mexicana.</p>	<p>3) Baja susceptibilidad al control (coerción) se refiere a la ausencia de presiones internas y externas como motivadores de comportamientos.</p>		<p>0.71</p>
<p>Escalas de apoyo social percibido de familia y amigos (PSS-Fr) (Procidano &amp; Heller, 1983) validada para población mexicana (Domínguez et al., 2011).</p>	<p>1) Familia. Mide el apoyo social disponible y recibido de tipo emocional por parte de la familia.</p>	<p>16</p>	<p>0.87</p>
	<p>2) Amigos. Mide el apoyo social disponible y recibido de tipo emocional por parte de los amigos.</p>	<p>12</p>	<p>0.82</p>
<p>Instrumento de Bienestar Social (Keyes, 1998)</p>	<p>a) Integración social. Calidad de las relaciones con la sociedad general;</p>	<p>25</p>	<p>0.69</p>
<p>que mide la valoración de las circunstancias propias y del funcionamiento de la sociedad; la relación de la persona con su medio social.</p>	<p>b) Aceptación social. Valoración que se realiza de la sociedad a través del carácter y las cualidades de otras personas como una categoría generalizada;</p>		<p>0.83</p>
	<p>c) Contribución social, balance de la utilidad de las propias aportaciones a la comunidad y la valoración que ésta hace de las mismas;</p>		<p>0.70</p>
	<p>d) Actualización social, confianza en el futuro de la sociedad, en que se desarrolla y ofrece oportunidades de desarrollo para la persona;</p>		<p>0.79</p>
	<p>e) Coherencia social, la valoración sobre la capacidad de entender la dinámica social y encontrar una lógica en los acontecimientos que ocurren en la sociedad.</p>		<p>0.68</p>

<p>Escala de individualismo-colectivismo elaborada por Díaz-Loving y colaboradores (2018) basada en el modelo ortogonal y propuesta teórica de Triandis y Gelfand (1998).</p>	<p>a) Individualismo horizontal: se valora el tener espacio e identidad propia y ser diferente de las demás personas;</p> <p>b) Individualismo vertical. Se da importancia al triunfo y el hedonismo;</p> <p>c) Colectivismo horizontal: se resalta la relación de igualdad en el grupo y el establecimiento de armonía grupal,</p> <p>d) Colectivismo vertical predomina un sentido de cumplimiento, obediencia y respeto por quien tiene poder (Triandis, 1998 en Vera et al., 2009).</p>	<p>16</p>	<p>.775</p> <p>.614</p> <p>.739</p> <p>.681</p>
<p>Escala de Salud Mental Positiva (Barrera y Flores, 2015) en versión corta.</p>	<p>1) Bienestar cognitivo emocional: componente cognitivo emocional que refleja estados de ánimo agradables, de armonía integral, optimismo y una percepción de satisfacción con la vida y con la propia persona;</p> <p>2) Dominio del entorno: se refiere a habilidades de autonomía, autoconfianza, autocuidado y resolución de problemas, percepción de autoeficacia que contribuyen al manejo positivo del estrés;</p> <p>3) Habilidades sociales: son habilidades para la interacción y adaptación social satisfactorias, que posibilitan la generación de vínculos afectivos satisfactorios y un autoconcepto social positivo;</p> <p>4) Empatía y sensibilidad social: refleja la capacidad de comprender lo que implica formar parte de una</p>	<p>136</p> <p>(se usará la versión corta de 35 reactivos)</p>	<p>0.95</p> <p>0.85</p> <p>0.86</p> <p>0.81</p>

	sociedad, lo que sienten otras personas al ponerse en su lugar, de sentir compasión, cooperación, respeto, responsabilidad y asertividad;	0.81
	5) bienestar físico, se refiere a conductas, hábitos y percepciones que reflejan la satisfacción con el propio estado de salud y que generan bienestar, placer contribuyendo a un equilibrio (físico, emocional y psicológico);	0.76
	6) Auto reflexión: habilidades cognitivas de análisis, autoconocimiento y reflexión e introspección sobre los propios sentimientos, acciones y necesidades;	0.64
	7) Malestar psicológico: componente cognitivo que refleja distorsión de la realidad y percepción de malestar físico y emocional, hacia la propia persona y el ambiente lo que dificulta el ejercicio de habilidades de salud mental positiva, la ausencia de este factor es lo que se mide.	
Total reactivos		119

Todos los reactivos se incluyeron en un cuadernillo conformado cuidadosamente siguiendo las reglas de psicometría adecuadas, así como las instrucciones de cada autor de las escalas (ver Anexo 4), dicho cuadernillo incluyó un formato de consentimiento informado (Ver anexo 1) y una breve encuesta sociodemográfica (Ver anexo 2) que incluye una serie de indicadores socioeconómicos elaborados para la presente investigación permitiendo clasificar a los estudiantes de acuerdo a si sus recursos socioeconómicos son suficientes o no para cubrir sus necesidades básicas y de estudio.

Dichos indicadores se construyeron de acuerdo con la revisión de diversos instrumentos, conceptos e indicaciones de diversos autores e instituciones, además de la asesoría de un economista experto en la materia. Se tomaron como base a algunos indicadores socioeconómicos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (Instituto Nacional de Geografía e Informática, INEGI, 2016), lineamientos de la medición de la pobreza del Consejo Nacional para la Evaluación de la política pública (CONEVAL, 2018) y la SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social), así como el modelo socioeconómico AMAI 2018 de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (2017) y el análisis de diversas encuestas socioeconómicas (Armenta, Pacheco y Pineda, 2008; Cruz, Medina, Vázquez, Espinosa y Antonio, 2014; Vera -Romero y Vera-Romero, 2013); contemplando así indicadores de bienestar económico (nivel de ingreso) y carencias sociales.

El CONEVAL mide pobreza y vulnerabilidad a través de diversos indicadores, en este caso se tomaron en cuenta las carencias sociales a través de: indicadores de educación de los padres, acceso a los servicios de salud, calidad y espacios de la vivienda. También se tomaron en cuenta algunos indicadores de rezago social: el más frecuente es la vivienda que tiene un solo cuarto (habitaciones); otros indicadores son las personas de 15 años y más con educación básica incompleta y la población sin derechohabencia a servicios de salud. Además, se tomaron en cuenta algunos indicadores directos o indirectos de los gastos de los hogares (ENIGH, INEGI, 2016) como el medio de transporte, posesión de vehículo, comunicaciones, servicios y la percepción subjetiva de gastos y artículos de esparcimiento, cuidados personales, gastos personales, vestido y calzado, alimentación y cuidados de la salud.

Finalmente, se le asignó un puntaje a cada ítem yendo de 0 en adelante de acuerdo con los criterios mencionados; puntaje que se iba sumando con cada indicador que señalaran poseer. Se podía obtener un puntaje mínimo de 5 y máximo de 46, por lo que se sacó un promedio que fue el punto de corte para dividir únicamente en dos grupos: de 5 a 23 insuficiencia; de 24 a 46 puntos suficiencia. Sin embargo, por tratarse de una encuesta más descriptiva que sirviera para caracterizar la muestra y no una

escala de medición (no cuenta con una validación) se le dio más importancia a un indicador subjetivo incluido dado que refleja la percepción directa de la satisfacción del joven con sus necesidades socioeconómicas básicas con la pregunta: ¿Consideras que tus recursos económicos son suficientes para cubrir los gastos de tus estudios y demás necesidades básicas? (de alimentación, vestido, tiempo libre, salud, transporte.), brindando dos opciones de respuesta (sí, no).

### **Procedimiento.**

Se realizó una selección de escuelas participantes a través de los registros de la SEP y la ANUIES eligiendo dos escuelas públicas y dos privadas con el mayor número de matrícula registrada. Posteriormente se tramitaron los permisos con las instituciones correspondientes. Una vez obtenida la autorización la investigadora acudió a las instituciones los días y horas disponibles para realizar aplicaciones de los instrumentos explicando tanto a los estudiantes como al personal docente los objetivos del estudio y la forma de participación (resaltando la voluntariedad y confidencialidad).

Finalmente, los datos fueron capturados en el programa estadístico SPSS para realizar primero los análisis estadísticos descriptivos, después, análisis de diferencias; posteriormente análisis de correlación que mostrara la viabilidad de realizar los análisis estadísticos para la predicción finalizando con análisis de regresión múltiple. Al generarse los resultados se procedió al análisis e integración con la teoría y con los resultados de la fase cualitativa.

## **Fase Cualitativa**

El fin de esta fase fue explorar los discursos propios de un grupo de jóvenes universitarios y analizarlos en búsqueda de los significados alrededor de la salud mental, percepciones sobre presencia de salud mental (salud mental positiva) y sus determinantes o principales influencias. Se utilizó una metodología cualitativa de análisis de contenido con el fin de obtener información desde los mismos participantes acerca de los factores que influyen en la determinación de una salud mental positiva. Ello porque la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica; en este sentido, no se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica y/o integra, donde pueda ser de utilidad (Martínez, 2004).

### **Objetivo.**

Identificar la percepción acerca de salud mental positiva y factores individuales, sociales y culturales en la determinación de la misma a través del análisis de creencias, experiencias y significados de un grupo de jóvenes universitarios y observar si la agencia, el apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo se hacen presentes en su discurso y de qué manera.

### **Preguntas de investigación.**

La pregunta principal que esta fase se propone contestar es: ¿Cuáles son los determinantes de salud mental positiva en los jóvenes universitarios según el discurso de un grupo de jóvenes universitarios de la ciudad de Mérida Yucatán?

Las preguntas secundarias son:

¿Qué significado tiene la salud mental para los jóvenes universitarios en Mérida Yucatán?;

¿Cuáles son las creencias acerca de la salud mental de los jóvenes universitarios (la suya y la de los otros) y sobre los factores que pueden influir en ella?

¿Cómo sienten su propia salud mental y cómo perciben la salud mental de las y los demás jóvenes universitarios?

¿Qué aspectos individuales, sociales o culturales determinan una salud mental positiva en jóvenes universitarios en Mérida Yucatán?

¿La agencia, el apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo se hacen presentes en dicho discurso y si lo hacen, de qué manera?

### **Participantes.**

En técnicas cualitativas se buscan muestras intencionales, donde se prioriza la profundidad acerca de la extensión y se reduce la amplitud numérica; pero se debe elegir de manera que se represente lo mejor posible a la población relacionada con el fenómeno que se quiere estudiar tomando en cuenta variables como el sexo, la edad, etc., según el caso (Martínez, 2004). En la presente investigación se consideró un mínimo de 10 participantes tomando en cuenta que sean de instituciones públicas, privadas, hombres, mujeres, de diferentes campos de estudio y que estén cursando un semestre intermedio de su licenciatura como criterios de inclusión.

Durante visitas previas, recolección cuantitativa a las diferentes escuelas y la recomendación de las y los mismos estudiantes se contactó y solicitó la participación voluntaria para la fase cualitativa, recalcándoles que podían retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo deseaban, garantizando la confidencialidad, anonimato y siguiendo los lineamientos éticos de la investigación científica (Hernández et al., 2016).

En este sentido se trató de una muestra más bien homogénea al ser estudiantes de educación superior (la característica compartida) lo que permitió centrarse en el tema de interés; finalmente y más importante se siguió también un muestreo teórico, el cuál cesó en el punto de la saturación de información, es decir cuando los contenidos se

repitieron y no aparecieron conceptos o categorías nuevas para el análisis (Martínez, 2004).

Los participantes fueron 12 jóvenes de licenciatura de instituciones públicas y privadas de diferentes facultades o escuelas: Contaduría, mercadotecnia, administración, medicina, arquitectura y enfermería.

### **Técnicas de recolección y análisis de datos.**

Principalmente se utilizó la técnica de Entrevista a profundidad que consiste en “adentrarse” en la vida de la persona entrevistada, detallar lo que trasciende, descifrar y comprender aspectos cognitivos, afectivos, cuestiones significativas y relevantes en torno a un tema o a su propia vida y experiencia, construyendo paso a paso y minuciosamente dicha información (Robles, 2011).

A diferencia de una entrevista estructurada se debe evitar hacer preguntas cerradas, en cambio se plantea un guion sobre temas generales y poco a poco se va abordando; por tanto, la creatividad debe manejarse constantemente (Robles, 2011). Quien entrevista explora, detalla e indaga por medio de preguntas, la información más importante para los intereses de la investigación, de esta manera se conoce a la persona lo suficiente para comprender significados y crear una atmósfera en la que es probable expresarse libremente; consiste en encuentros “cara a cara” a modelo de plática entre investigador e informantes (Taylor y Bogdan, 1990).

Para tal fin, se realizó un guion de entrevista (ver Anexo 3) que sirviera como pauta para dirigirla con la libertad de explorar otros temas que surgieran, dicho guion partió de los objetivos generales de la investigación en concordancia con los antecedentes teóricos del modelo ecológico de Bronffebrenner, de las teorías psicosociales en salud y de los aspectos propuestos en el modelo (Figura 1) a investigar. Se incluyeron en el guion los siguientes ejes:

- a) Construcciones, significados y experiencias alrededor de la salud y salud mental

- b) Como perciben, creencias de cómo es una persona con buena salud mental (salud mental positiva)
- c) Creencias en torno a la construcción /determinación de la salud mental
- d) Creencias y experiencias sobre qué factores que influyen o determinan salud mental positiva (individuales -micro-, sociales -meso-, culturales -macro-)

El proceso de entrevista consistió en hacerles las preguntas de cada tema de análisis y a partir de su respuesta, la investigadora hacía otra(s) preguntas permitiendo profundizar en cada tema, después de agotar las explicaciones de una pregunta se continuaba con el guion siguiendo hasta finalizar.

Una vez realizadas las entrevistas se procedió a la transcripción y sistematización de la información, incluyendo las anotaciones de la persona entrevistadora para su análisis siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada desde un enfoque emergente o constructivista (Glaser, 1992, 2007 en Hernández et al., 2016; Henderson, 2009 en Hernández et al., 2016; Charmaz, 2006 en Hernández et al., 2016); de tal forma que se logren agrupar y relacionar los datos hasta conformar categorías mediante el análisis (codificación abierta) además de permitir que emerjan las concepciones de la salud mental de estos jóvenes.

### **Procedimiento de acceso a campo.**

El acceso a campo fue a través de visitas a diferentes instituciones de educación superior, donde se procedió a solicitar participantes voluntarios para responder a una entrevista sobre temas de salud o salud mental en jóvenes; los primeros participantes a su vez podrían recomendar a otros participantes para las entrevistas y así lo hicieron. Algunos maestros también preguntaron a sus alumnos y se ofrecieron voluntarios. De igual forma al recolectar los datos de la fase cuantitativa se solicitaba la participación voluntarios para entrevistar. Constantemente se visitaron los centros escolares por lo que se dio cierto acercamiento con los estudiantes, además de que, la presente investigadora al ser psicóloga tenía la experiencia en entrevista y establecer relaciones

de confianza y empatía; además por supuesto de ser estudiante, lo que facilitó la identificación con las y los participantes.

### **Consideraciones éticas generales**

A continuación, se presentan algunas de las consideraciones éticas tomadas en cuenta para llevar a cabo esta investigación tanto en la metodología cuantitativa como en la cualitativa. Éstas se basan en lineamientos y recomendaciones de diversos materiales y códigos éticos de algunas disciplinas de las ciencias sociales (Guerra & Skewes, 2003; 1988; American Psychological Association, APA, 2010; Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales, CEAS, 2014; Sociedad Mexicana de Psicología, 2007; Santi, 2013). Se contempla lo siguiente:

*No dañar a las personas, proteger la dignidad humana.* Se solicitó una participación de estudiantes universitarios de manera voluntaria. Con relación a la encuesta, a pesar de encontrarse en una situación escolar y ser entrevistados por salón a petición de un o una profesor(a) se les comunicó tanto oral como por escrito que su participación era voluntaria y quien así lo desee podría negarse a participar. Lo mismo se hizo con relación a la información que proporcionaron que es tratada de manera confidencial.

Los temas de investigación no abordan temáticas muy delicadas, sin embargo, al tratarse de temas relacionados a la salud mental y relaciones sociales se tomará en consideración la posibilidad de que alguien al participar se acerque o solicite información sobre orientación psicológica. Cabe señalar que, quien realiza esta investigación cuenta con la preparación y experiencia para intervención en crisis y ofrecer orientación sobre lugares a los cuales acudir.

Este aspecto se tuvo más en cuenta en el caso de las entrevistas a profundidad; con el compromiso de no forzar a quien participe a contestar, inducir sus respuestas o forzarle a hablar sobre un tema que le pudiera resultar incómodo.

*Consentimiento informado.* Para participar en la encuesta se realizó un apartado donde la persona participante proporcionó su consentimiento informado y enterado de que la información recabada será tratada de manera confidencial, anónima y confines de investigación académica, cuyos análisis sean posiblemente publicados en productos académicos y de investigación. En el caso de las entrevistas, esto se hizo en algunos casos de manera escrita y en otros de manera grabada, dentro de la grabación.

*Accesibilidad de los resultados de la investigación.* Los resultados de la investigación se presentan y están a disposición pública a través de la publicación de esta tesis y publicaciones académicas, lo que se comunicará a las universidades y a los jóvenes participantes que soliciten la información. Además, las encuestas, entrevistas, etc. se mantendrán resguardadas en archivo durante el tiempo requerido por la ley mexicana y se proporcionó un correo de contacto para quien tuviera dudas o quisiera alguna información, etc. Así mismo se realizará una infografía, con propuestas y sugerencias acerca de lo encontrado y el tema de la salud mental positiva.

### Capítulo 3. Resultados y discusiones

#### Fase Cuantitativa

##### **Análisis psicométricos preliminares de escalas.**

En primer lugar, se realizó la base de datos en el programa estadístico SPSS 24, se llevó el proceso de creación y codificación de variables y se procedió a la captura de todos los datos en el programa. Una vez hecho esto se realizó la limpieza de la base de datos revisando las respuestas a todos los reactivos mediante análisis descriptivos y dando un manejo a las encuestas no contestadas, reactivos sesgados y datos perdidos. Todo esto se realizó con el análisis descriptivo de la muestra de participantes para proceder a los análisis de escalas, formación de factores y posteriormente, comprobación de hipótesis.

Por otra parte y con el fin de conocer las propiedades psicométricas de las escalas de funcionamiento autónomo y bienestar social en población mexicana, ya que fueron traducidas y adaptadas para la presente investigación, se inició con un análisis de los reactivos mediante las frecuencias, así como, un análisis de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach utilizando todos los reactivos para cada escala y finalmente un análisis de discriminación por reactivo mediante la prueba t de Student ( $p > 0.05$ ) derivado de lo cual, se eliminaron 5 reactivos de la escala original de Bienestar social y ninguno de la escala de funcionamiento autónomo. Posteriormente se realizaron análisis factoriales exploratorios y/o confirmatorios según el caso.

##### ***Índice de funcionamiento autónomo.***

Para el caso del índice de funcionamiento autónomo, se realizaron análisis preliminares necesarios para proceder con otros análisis estadísticos posteriores; se analizaron los estadísticos descriptivos, se hicieron pruebas de contraste de sesgo,

curtosis y diferencias mediante una prueba  $t$  de Student; todos los reactivos discriminaron y se incluyeron en el análisis factorial exploratorio. Se procedió entonces a realizar un análisis factorial exploratorio con rotación varimax y extracción de componentes principales dado que este tipo de análisis minimiza el número de variables que tienen cargas altas en cada factor y simplifica la interpretación de los factores.

Los resultados mostraron un índice de adecuación del muestreo Kaiser-Meyer y Olkin  $KMO = .872$  y test de esfericidad de Bartlett:  $4024.831$ ;  $p = 0.000$  siendo ambos satisfactorios en donde se agruparon en 3 factores cuyos autovalores fueron mayores que uno, explicando en conjunto el 53.70% de la varianza total acumulada; se seleccionaron solo ítems con al menos tres reactivos con pesos factoriales mayores de 0.40 de acuerdo a los criterios (Comrey & Lee, 1992), sin embargo se decidió conservar el ítem 14 con carga de .389 ya que no afectaba los resultados posteriores ni la confiabilidad. La solución obtuvo un alpha de Cronbach para la escala total de .833 agrupando los 15 reactivos originales de la escala en los factores: 1) Toma de interés, 2) Autocongruencia / autoautoría y 3) Susceptibilidad al control (Ver Tabla 6).

Cabe señalar que, por cuestiones de autorización de los autores de la escala, no se permite redactar el contenido de los reactivos. Y, por otra parte, se realizaron análisis confirmatorios de la escala, sin embargo, no se reportan dado que no se obtuvieron índices de ajuste adecuados en ninguno de los modelos, cabe señalar que, las subescalas en su idioma original aún están siendo sometidas a análisis de validación (Weinstein et al., 2012).

### ***Escala de Bienestar social.***

En cuanto a la escala de bienestar social después de los análisis preliminares de discriminación de reactivos quedaron 28 de los 33 reactivos originales. Con éstos se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio con rotación varimax y extracción de componentes principales. Los resultados mostraron un índice de adecuación del muestreo Kaiser-Meyer y Olkin  $KMO = .889$  y test de esfericidad de Bartlett:  $4519.015$ ;  $p = 0.000$  siendo ambos satisfactorios en donde se agruparon en 6 factores

cuyos autovalores fueron mayores que uno, explicando en conjunto el 54.36% de la varianza total acumulada; sin embargo se seleccionaron solo factores con al menos tres reactivos con pesos factoriales mayores de 0.40 de acuerdo a los criterios (Comrey & Lee, 1992) observando también la congruencia teórica factor-item; la solución fue de cuatro factores: 1) Aceptación social, 2) Integración social, 3) Contribución social; 4) Coherencia social; con un alpha de Cronbach para toda la escala de .738 explicando el 43.86% de la varianza agrupando 22 reactivos (ver Tabla 7).

Tabla 6. Estructura de la escala Índice de funcionamiento autónomo

	Factor			
	1	2	3	
% de varianza explicada	21.77	17.86	14.06	
Alpha	.851	.777	.638	
Reactivos:	Peso factorial			Comunalidad
12	<b>.857</b>	.107	.150	.767
9	<b>.786</b>	.219	.111	.677
13	<b>.750</b>	.237	.114	.632
5	<b>.719</b>	.099	.184	.561
3	<b>.639</b>	.229	.210	.505
8	.064	<b>.790</b>	-.074	.633
10	.215	<b>.718</b>	.005	.562
4	.211	<b>.713</b>	.045	.555
1	.102	<b>.701</b>	.057	.505
15	.397	<b>.546</b>	.175	.486
6	.154	-.089	<b>.781</b>	.641
7	.178	.047	<b>.669</b>	.482
2	.115	.205	<b>.610</b>	.427
11	.039	-.073	<b>.602</b>	.369
14	.306	.088	<b>.389</b>	.253
Alpha total	.833			

Tabla 7. Estructura de la escala de bienestar social para el análisis factorial exploratorio

	Factor:	1	2	3	4	
	% de varianza explicada:	14.28	11.47	10.53	7.57	
	Alpha:	.840	.749	.774	.681	
Reactivos		Pesos factoriales				Comunalidad
19. Siento que la gente no es confiable.	<b>.768</b>	-.124	.086	.186	.699	
27. Creo que hoy en día, la gente es cada vez más y más deshonesta.	<b>.734</b>	-.104	.223	.021	.604	
6. Pienso que la gente no es de fiar.	<b>.707</b>	.005	.024	.173	.572	
14. Creo que la gente es egoísta.	<b>.704</b>	-.157	.160	.162	.595	
15. No creo que instituciones sociales como las leyes y el gobierno estén mejorando mi vida.	<b>.607</b>	.025	.115	.047	.391	
23. Pienso que las personas sólo viven para sí mismas.	<b>.607</b>	-.121	.379	.053	.532	
5. Creo que la sociedad ha dejado de progresar.	<b>.595</b>	-.036	-.016	.138	.481	
20. Me siento cercano a las personas en mi comunidad.	-.053	<b>.748</b>	-.048	-.146	.588	
11. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	.000	<b>.720</b>	-.251	-.156	.656	
13. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente de mi comunidad me escucharía.	-.057	<b>.709</b>	-.176	-.132	.557	
22. Veo a mi comunidad como una fuente de tranquilidad.	-.243	<b>.614</b>	.023	-.064	.520	
4. Pienso que tengo algo valioso que aportar al mundo.	.182	<b>.525</b>	-.384	-.086	.591	
31. Pienso que las personas se preocupan por los problemas de los demás.	-.315	<b>.442</b>	.197	.150	.409	
32. Siento que no tengo nada importante que aportar a la sociedad.	.095	-.192	<b>.736</b>	.157	.647	
26. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a mi comunidad.	.161	-.023	<b>.720</b>	.134	.600	
24. Mis actividades diarias no aportan nada valioso para mi comunidad.	.114	-.167	<b>.684</b>	.118	.604	
25. Para mí el progreso social es algo que no existe.	.307	.060	<b>.595</b>	.148	.581	
29. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente de mi comunidad no me tomaría en serio.	.257	-.170	<b>.510</b>	.244	.424	
2. El mundo es demasiado complejo para mí.						
1. Siento que no pertenezco a algo que pueda llamar comunidad.	.094	-.168	.227	<b>.753</b>	.663	
	.163	-.289	.115	<b>.608</b>	.497	
10. No le encuentro sentido a lo que está pasando en el mundo.	.244	-.072	.246	<b>.566</b>	.483	
12. La mayoría de las culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	.160	.049	.179	<b>.519</b>	.454	
Alpha total: .738						

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio para una solución a cuatro dimensiones con el programa AMOS 20.0 (ver Figura 4) que después de ajustar el modelo fue satisfactoria con base a los índices descriptivos de ajuste, basada en 13 reactivos finales.; el factor 1 es Aceptación social (3 ítems); factor 2 Integración social (4 ítems); factor 3 Contribución social (3 ítems) y factor 4 Coherencia social (3 ítems). A diferencia de la escala original que contaba con 5 factores, no se formó el factor Actualización social.

La bondad de ajuste del modelo propuesto se analizó por medio de los indicadores  $X^2$  dividida por los grados de libertad, RMR, RMSEA y CFI, donde CFI debe ser mayor que 0.90; RMSEA debe ser menor a 0.08 con un ajuste aceptable o cercano a 0.05; en cuanto a  $X^2/gl$  un coeficiente de 4 indica un ajuste razonable y cercano a 2 se considera muy bueno. En este análisis confirmatorio se obtuvieron los siguientes índices de ajuste:  $X^2= 132.66$ ,  $gl= 59$ ,  $X^2/gl = 2.24$ ,  $CFI = .946$ ,  $GFI=.945$ ,  $TLI=.929$ ,  $RMSEA=.060$ ,  $RMR=.097$  con  $p = .000$  (ver Figura 4).

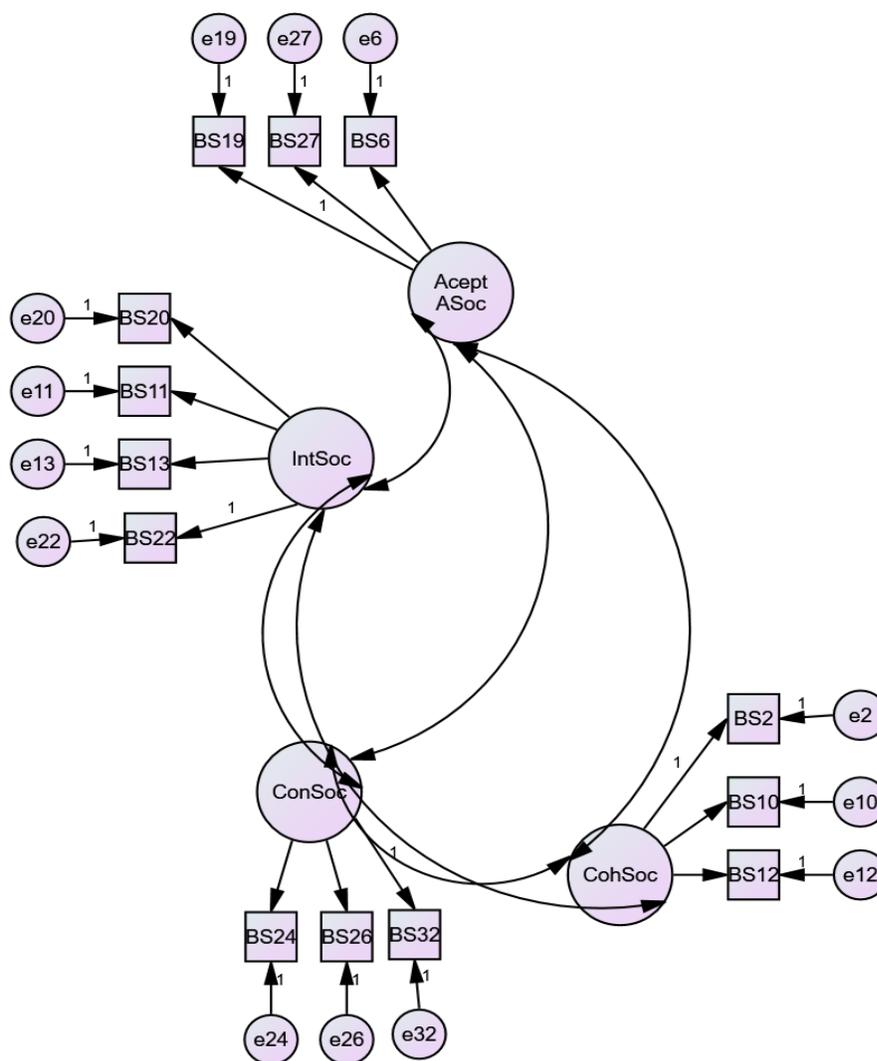


Figura 4. Modelo confirmatorio de la escala de bienestar social con los coeficientes estandarizados.  $X^2= 132.66$ ,  $gl= 59$ ,  $CFI = .946$ ,  $GFI=.945$ ,  $TLI=.929$ ,  $RMSEA=.060$ ,  $RMR=.097$ ,  $p = .000$ . Los constructos latentes y errores están representados en elipses y las variables observadas están representadas en rectángulos.

### **Análisis descriptivos generales.**

En primer lugar, se llevó a cabo un pilotaje de la encuesta a un grupo de 50 jóvenes universitarios y se realizaron las correcciones correspondientes. Posteriormente se iniciaron los trámites y visitas pertinentes para solicitar autorización a las escuelas que serían encuestadas, contactando y coordinando con el personal directivo y académico pertinente. Posteriormente se comenzó la aplicación la cual tuvo que adecuarse a los horarios, grupo y condiciones de los planteles escolares, por lo que se presentaron algunas dificultades en el proceso, por ejemplo, algunas escuelas tardaron bastante tiempo en contestar y concretar su participación y otras se negaron a terminar con el proceso teniendo que recurrir a otros grupos diferentes a los planteados. Finalmente se encuestó a alumnado de 13 diferentes carreras universitarias. La muestra quedó conformada de la siguiente manera:

### ***Datos sociodemográficos.***

A continuación, se presenta una caracterización de la muestra de participantes mediante la descripción de los datos sociodemográficos incluidos en la encuesta. Posteriormente se detalla la descripción de la encuesta socioeconómica.

Participaron un total de 862 estudiantes universitarios de los cuales, 551 (63.9 %) fueron de escuela pública y 311 (36.1 %) fueron de escuela privada. En total participaron las 4 instituciones de educación superior que reportan la mayor cantidad de alumnos en el Estado de Yucatán y Mérida según la SEP, dos de ellas son públicas y dos de ellas privadas (ver Tabla 8). Los alumnos encuestados se encontraban cursando desde primero hasta onceavo semestre, sin embargo, la mayoría de los participantes (666) se encontraban en los semestres intermedios de sus carreras (4to, 5to y 6to semestre).

El rango de edad de quienes participaron fue de 18 a 45 años, donde la media fue de 21 años (DE = 1.88). El sexo se distribuyó en 453 (52.6%) mujeres y 408

hombres (47.3%) (ver figura 5); de estos el 98% son solteros, 12% viven en unión libre, 2% son casados y 2% son divorciados.

Tabla 8. Distribución de la muestra por escuela

	Escuelas participantes		Total
Públicas	E. 1 (337)	E. 2 (214)	551
Privadas	E. 3 (173)	E. 4 (138)	311
			862

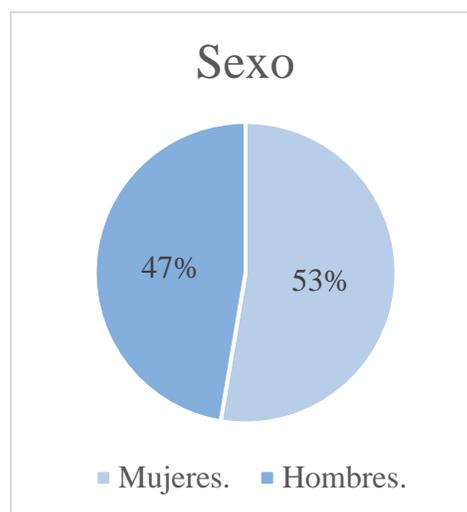


Figura 5. Distribución de la muestra por sexo

En cuanto al lugar de origen, 480 son de Mérida Yucatán; 76 provienen de otros municipios del interior del Estado de Yucatán; 190 son de otros estados del sur de México como Tabasco, Quintana Roo, Chiapas, Campeche, Veracruz y Oaxaca; 80 provienen de Estados del Centro como Ciudad de México, Morelia, Querétaro, Guadalajara, etc., 15 estudiantes son del Norte de México como Monterrey y Sonora y finalmente 17 personas son de otros países entre ellos Belice y Estados Unidos (ver

Figura 6). De todos ellos 472 han vivido toda la vida en Mérida y 92 han vivido en Mérida por más de 5 años, entonces 381 llevan viviendo en Mérida menos de 5 años.

Se encuestó a alumnado de las siguientes carreras: Medicina veterinaria (n=126), Médico cirujano (n=82), Administración de empresas (n=78), Psicología (n=74), Derecho (n=55), Lic. En comunicación (n=51), Ingeniería biomédica (n=58), Ingeniería de software (n=49), Ingeniería industrial (n=47), Diseño industrial (n=44), Finanzas y contaduría pública (n=33), Lic. En negocios internacionales (n=37), Ingeniería ambiental (n=39), Ingeniería civil (n=22), Mercadotecnia (n=20), Administración de recursos naturales (n=19), Arquitectura (n=19), Lic. en matemáticas (n=8). Los participantes se agruparon en cuatro campos de estudios (ANUIES, 2017) de la siguiente manera: 392 del campo de ciencias sociales, económico administrativas y humanidades, 184 del área de ingenierías, ciencias exactas y construcción, 145 de veterinaria y ciencias naturales y 140 de salud (ver Tabla 9).

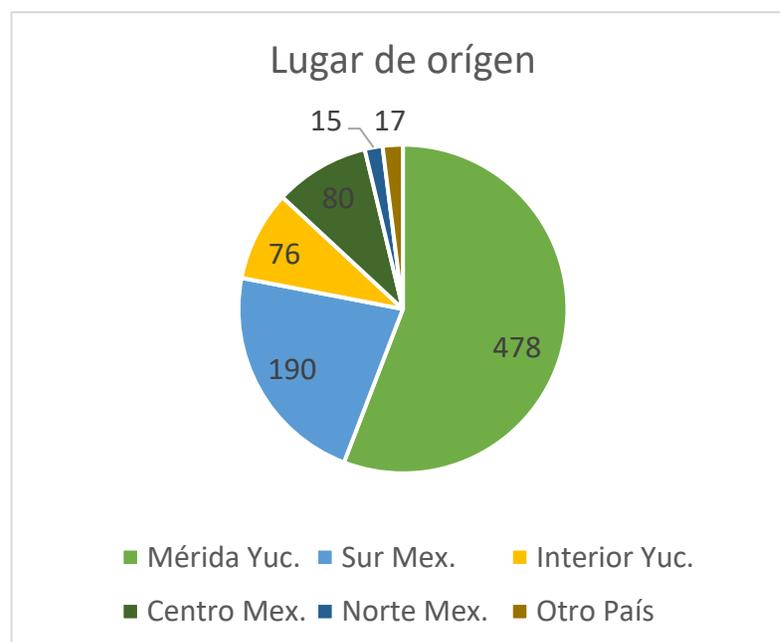


Figura 6. Lugar de origen de las y los participantes

Tabla 9. Distribución de la muestra por áreas de conocimiento

Área de estudios	Participantes	Carreras
Ciencias sociales, económico administrativas y humanidades	392	Administración de empresas, Psicología, Derecho, Comunicación, Finanzas y contaduría pública, Negocios internacionales, mercadotecnia, Diseño industrial
Ingeniería, ciencias exactas y construcción	184	Ingeniería industrial, Ingeniería ambiental, Ingeniería civil, Ingeniería de software, Matemáticas, Arquitectura
Veterinaria y ciencias naturales	145	Medicina veterinaria, Administración de recursos naturales
Ciencias de la salud	140	Medicina, Ingeniería biomédica

De estos jóvenes el 44.8% depende económicamente de su padre y madre, el 30.3% únicamente del padre, 16.8% depende de la madre, 4.9% depende de otras personas como abuelos(as), hermanos(as), tíos(as); y 3.1% se mantiene a sí mismo económicamente (ver figura 7). En cuanto a la ocupación principal de la persona de quien dependen principalmente económicamente el 52.1% son empleados(as), 16.8% son empresarios(as), 19.7% trabaja por cuenta propia, 1.9% trabaja por honorarios o contratos temporales, 0.2% se dedica a labores domésticas remuneradas, 0.2% a labores domésticas no remuneradas y 0.9 % marco otras como jubilación, pensión, trabaja en el campo, albañilería entre otras (ver Figura 8).

A continuación, se describen los resultados generales de la encuesta socioeconómica elaborada para la presente investigación comenzando con la escolaridad del padre y la madre (ver Figuras 9 y 10).

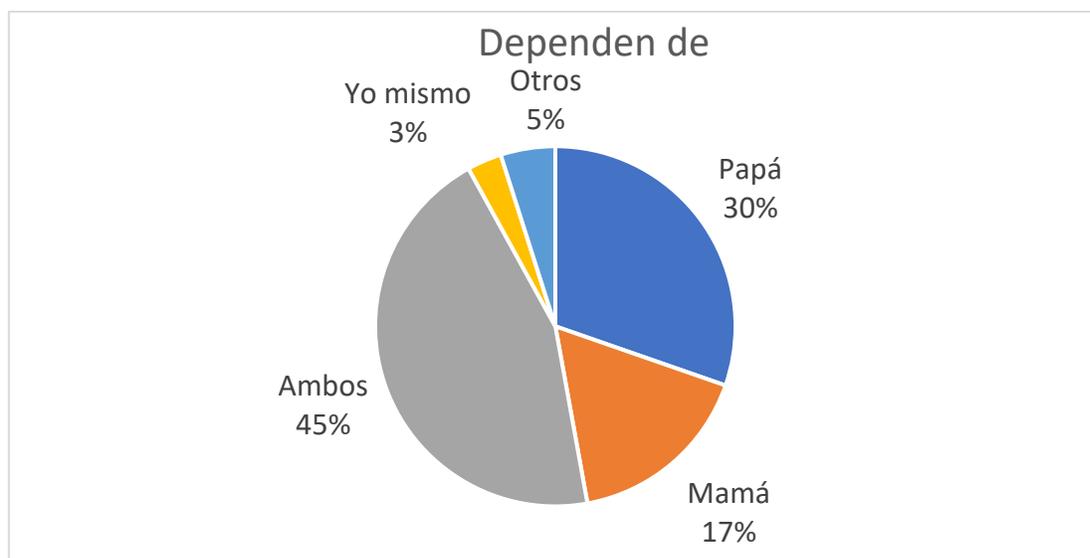


Figura 7. Persona principal proveedora del estudiante

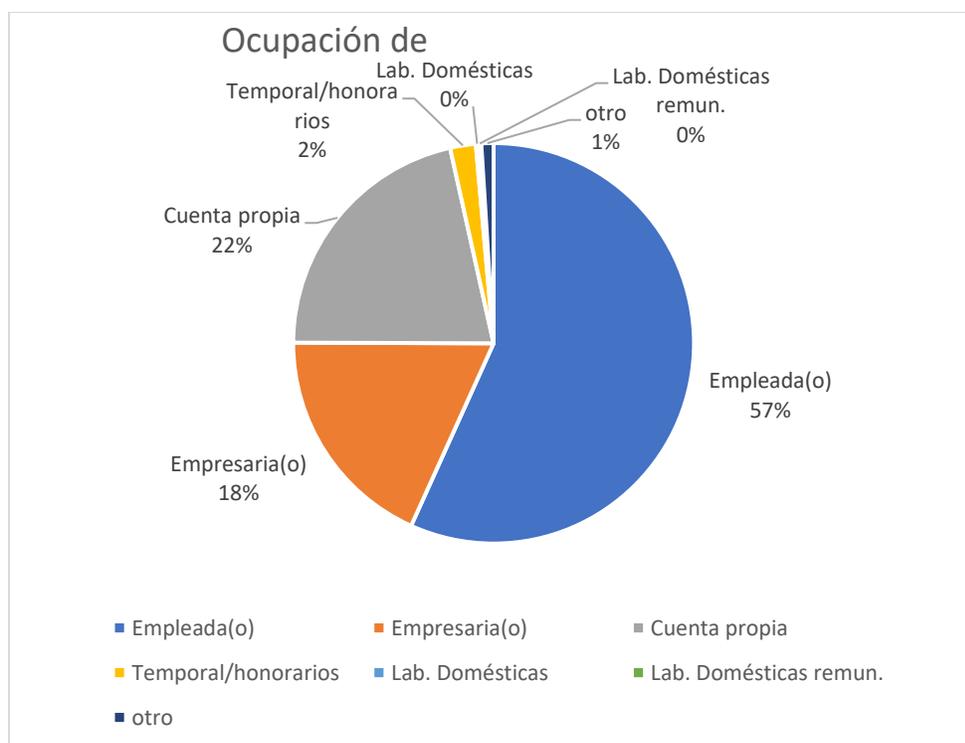


Figura 8. Principal ocupación de la persona proveedora del estudiante

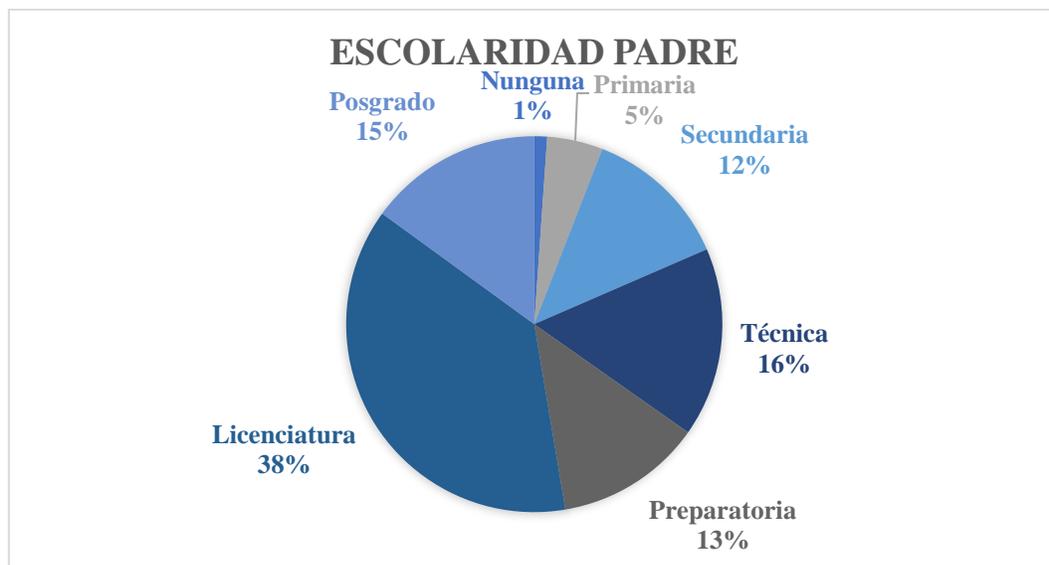


Figura 9. Escolaridad del padre

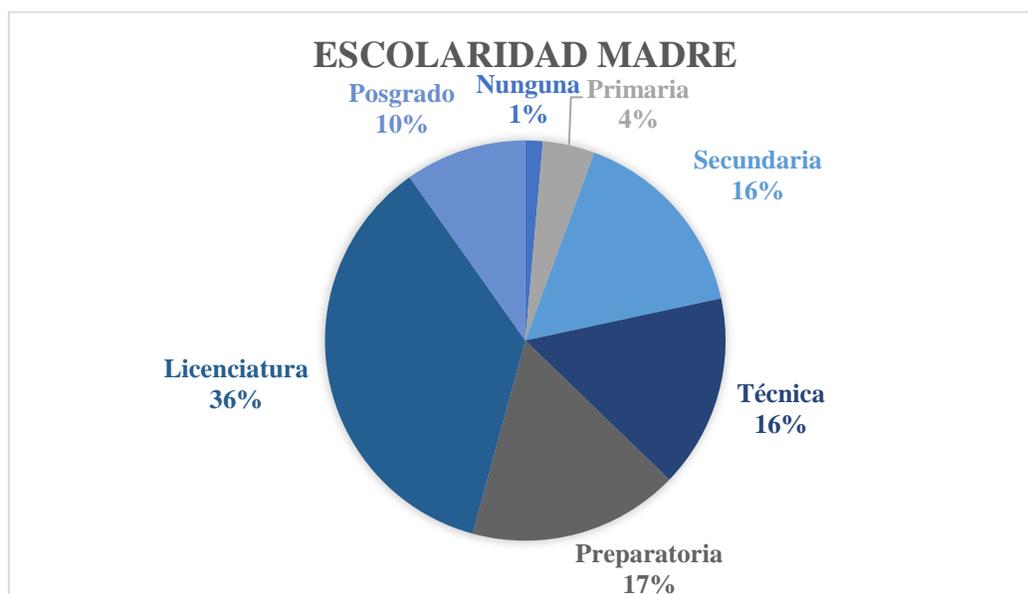


Figura 10. Escolaridad de la madre

Finalmente se realizó la sumatoria de los reactivos de esta escala de elaboración propia para el presente estudio y clasificar a los participantes en aquellos que poseen suficientes recursos socioeconómicos e insuficientes recursos socioeconómicos (ver

página 97), resultando que el 21.4% de los participantes tuvieron insuficiencia de recursos socioeconómicos y 78.6 % tuvo suficientes recursos (ver Figura 11).

Por otra parte, se elaboró un indicador subjetivo de suficiencia económica con la pregunta: ¿Crees que tus recursos económicos son suficientes para cubrir los gastos de tus estudios y demás necesidades (alimentación, vestido, tiempo libre, salud)? cabe señalar que un 33.7 % de los jóvenes contestó que no y un 66.3% contestó que si (ver Figura 12).

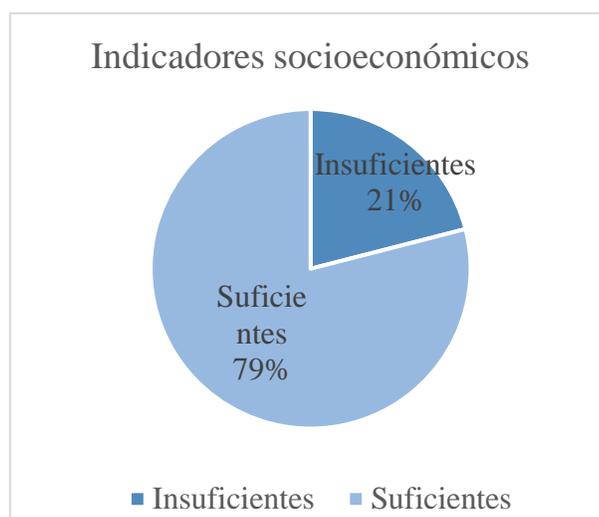


Figura 11. Indicadores socioeconómicos

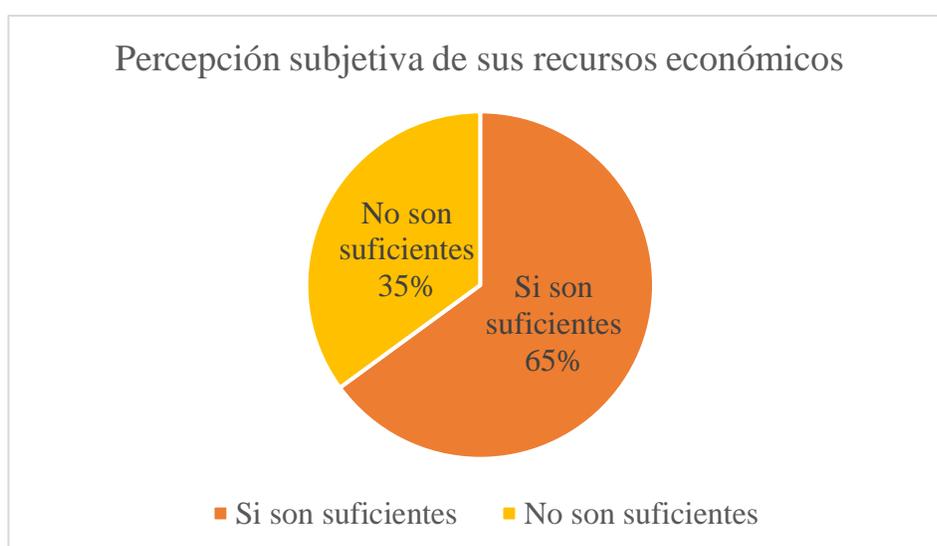


Figura 12. Indicador de percepción subjetiva de recursos económicos

*Estadísticos descriptivos, diferencias y correlaciones de todos los factores.*

Referente a la Salud mental positiva la Tabla 10 presenta los estadísticos descriptivos para la muestra general. Los resultados mostraron que para las dimensiones de la salud mental las puntuaciones están ligeramente arriba de la media para la muestra general (ver Tabla 10).

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de Salud mental positiva para la muestra general (n=862)

Salud mental positiva	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	M	DE	Alpha de Cronbach
Bienestar cognitivo emocional	1.00	5.00	4.11	.77	.929
Dominio del entorno	1.60	5.00	3.79	.58	.665
Habilidades sociales	1.20	5.00	3.77	.75	.832
Empatía y sensibilidad social	1.80	5.00	4.28	.51	.720
Bienestar físico	1.40	5.00	3.62	.82	.778
Autorreflexión	1.00	5.00	3.89	.73	.785
Malestar psicológico	1.00	5.00	3.80	.66	.610
SMP Total	2.46	4.91	3.90	.44	.899

Nota: M = media; DE = desviación estándar; Media teórica = 3

A continuación, la Tabla 11 muestra el funcionamiento autónomo como medida de la agencia en la muestra general, en lo cual, los jóvenes obtuvieron puntuaciones alrededor de la media en susceptibilidad al control, y arriba de la media en toma de interés y autocongruencia.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de funcionamiento autónomo (n=862)

	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	M	DE	Alpha de Cronbach
Toma de interés	1.00	5.00	3.79	.87	.851
Auto congruencia	1.00	5.00	4.00	.63	.777
Susceptibilidad al control	1.00	5.00	3.14	.76	.638

Nota: M = media; DE = desviación estándar; Media teórica = 3

Respecto al apoyo social los estadísticos descriptivos reflejan que la mayor puntuación se obtuvo en el apoyo percibido de los amigos, siendo que los jóvenes perciben más apoyo de éstos que de la familia, sin embargo, ambos tipos de apoyo puntuaron arriba de la media teórica (M = 0.5) (ver Tabla 12).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de apoyo social percibido para la muestra general (n=862)

Apoyo social percibido	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	M	DE	Alpha de Cronbach
Escala de apoyo social percibido de la familia	.00	1.00	.687	.26	.876
Escala de apoyo social percibido de los amigos	.00	1.00	.716	.23	.799

Nota: M = media; DE = desviación estándar; Media teórica = 0.5

El bienestar social, es decir, la valorización de los jóvenes dentro de su sociedad reportó niveles alrededor de la media para Aceptación e Integración social, siendo el más bajo la aceptación social y arriba de la media, para Contribución y Coherencia social (ver tabla 13).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de bienestar social para la muestra general (n = 862)

Bienestar social	Puntuación mínima	Puntuación máxima	M	DE	Alpha de Cronbach
Aceptación social	1.00	6.00	3.47	1.1	.840
Integración social	1.00	6.00	3.77	.99	.749
Contribución social	1.00	6.00	4.43	1.0	.774
Coherencia social	1.33	6.00	4.51	1.0	.681

Nota: M = media; DE = desviación estándar; Media teórica = 3.5

En cuanto al individualismo-colectivismo se observaron puntuaciones ligeramente arriba de la media en el colectivismo e individualismo horizontales y puntuaciones ligeramente debajo de la media para el colectivismo e individualismo verticales (ver Tabla 14).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de individualismo-colectivismo para la muestra general (n=862)

Individualismo-colectivismo	Puntuación mínima	Puntuación máxima	M	DE	Alpha de Cronbach
Colectivismo horizontal	1.20	5.00	3.80	.62	.714
Colectivismo vertical	1.00	5.00	2.64	.82	.644
Individualismo horizontal	1.25	5.00	3.69	.86	.756
Individualismo vertical	1.00	5.00	2.82	.89	.619

Nota: M = media; DE = desviación estándar; Media teórica = 3

A continuación, se realizó una prueba t de Student para analizar las diferencias entre hombres y mujeres en los diferentes factores y la SMP. Como resultado se observaron diferencias, algunas significativas en las siete dimensiones de SMP y algunos de los otros factores (ver Tablas 15 a la 19).

En cuanto a la SMP se observan diferencias en todas las dimensiones; se puede notar que los hombres obtuvieron medias más altas en bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales y bienestar físico, y las mujeres en empatía y sensibilidad social, autorreflexión y malestar psicológico (su ausencia); en general, el tamaño del efecto resulta pequeño. se observaron diferencias significativas en todas las dimensiones de SMP excepto en autorreflexión y malestar psicológico. (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Diferencias en SMP entre hombres y mujeres

	Hombres <i>n</i> =408		Mujeres <i>n</i> =454		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Bienestar cognitivo emocional	4.17	0.78	4.05	0.76	-2.22*	859	.026	0.15
Dominio del entorno	3.84	.56	3.75	.59	-2.18*	859	.029	0.15
Habilidades sociales	3.83	.77	3.72	.73	-2.26*	859	.024	0.14
Empatía y sensibilidad social	4.22	.52	4.33	.50	3.14*	859	.002	-0.21
Bienestar físico	3.74	.78	3.51	.83	-4.04***	859	.000	0.28
Autorreflexión	3.87	.71	3.91	.71	.753	859	.452	-0.05
Malestar psicológico	3.78	.68	3.82	.63	.967	859	.334	-0.06
SMP Total	3.92	.45	3.87	.44	-1.66**	859	.097	0.16

Nota: media teórica=3; \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

En cuanto a la capacidad de agencia medida con el índice de funcionamiento autónomo se observaron diferencias y únicamente en Toma de interés fueron significativas, reportando las mujeres una media más alta; el tamaño del efecto es pequeño (ver Tabla 16).

Tabla 16. Diferencias en funcionamiento autónomo en hombres y mujeres

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>n</i> =408		<i>n</i> =453					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Toma de interés	3.68	0.87	3.89	0.87	3.44	859	.001***	0.24
Autocongruencia	3.95	.64	4.03	0.62	1.78	859	.075	0.12
Susceptibilidad al control	3.09	.81	3.19	0.70	1.84	859	.066	0.13

Nota: media teórica = 3; \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

Tanto en el apoyo social percibido de la familia como en el apoyo social percibido de los amigos no se observaron diferencias (ver Tabla 17).

Tabla 17. Diferencias en apoyo social percibido entre hombres y mujeres

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>n</i> =408		<i>n</i> =453					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Apoyo social percibido de la familia	0.68	0.26	0.68	0.27	2.42	859	.809	0.15
Apoyo social percibido de los amigos	0.70	0.23	0.72	0.23	1.07	859	.283	0.15

Nota: media teórica =0.50; \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

En la Tabla 18 se puede observar diferencias en las dimensiones que componen el bienestar social; de éstas, únicamente en Contribución social fueron significativas, donde las mujeres reportan una media más alta con un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 18. Diferencias en Bienestar social entre hombres y mujeres

	Hombres <i>n</i> =408		Mujeres <i>n</i> =453		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Aceptación social	3.53	1.09	3.41	1.10	-1.65	859	.098	0.10
Integración social	3.76	1.01	3.79	0.96	.345	859	.730	0.03
Contribución social	4.31	1.04	4.54	1.07	3.15*	859	.002**	0.21
Coherencia social	4.48	1.02	4.52	0.99	.636	859	.525	0.04

Nota: media teórica = 3; \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

Finalmente, en cuanto al factor cultural individualismo-colectivismo se pueden observar diferencias en todas sus dimensiones, siendo significativas las encontradas en colectivismo vertical donde las mujeres obtuvieron la media más alta y un tamaño del efecto pequeño y en individualismo vertical donde los hombres obtuvieron la media más alta y se observa un tamaño del efecto grande (ver Tabla 19).

Tabla 19. Diferencias en individualismo-colectivismo entre hombres y mujeres

	Hombres <i>n</i> =408		Mujeres <i>n</i> =453		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Colectivismo horizontal	3.78	0.62	3.82	0.62	.869	859	.385	0.06
Colectivismo vertical	2.56	0.79	2.71	0.84	2.76	859	.006**	0.18

Individualismo horizontal	3.64	0.89	3.73	0.84	1.56	859	.118	0.10
Individualismo vertical	3.07	0.85	2.58	0.87	-8.22	859	.000***	0.87

Nota: media teórica = 3; \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

Se realizaron análisis de diferencias con la prueba t de Student entre quienes consideran suficientes y quienes consideran insuficientes sus recursos económicos (indicador subjetivo de suficiencia económica) en las dimensiones de SMP y los demás factores. Como resultado se observaron diferencias en todos los factores siendo significativas en bienestar cognitivo emocional (con un tamaño del efecto medio), dominio del entorno, habilidades sociales, bienestar físico (con un tamaño del efecto grande), SMP total (tamaño del efecto medio), apoyo social percibido de la familia y de los amigos, aceptación social, integración social, individualismo horizontal e individualismo vertical reportando medias más altas quienes percibían sus recursos como suficientes (ver Tabla 20).

Tabla 20. Diferencias significativas en SMP y apoyo social percibido entre quienes consideran que si son suficientes sus recursos económicos y quienes consideran que no son suficientes

	Recursos suficientes n = 566		Recursos insuficientes n = 288		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Salud mental positiva								
Bienestar cognitivo emocional	4.21	0.73	3.92	0.82	-4.97***	520	.000	0.37
Dominio del entorno	3.84	0.56	3.68	0.60	-3.81***	852	.000	0.27
Habilidades sociales	3.85	0.74	3.63	0.77	-3.93***	852	.000	0.29
Bienestar físico	3.77	0.79	3.35	0.82	-7.15***	852	.000	0.52
SMP Total	3.95	0.43	3.79	0.46	-5.15***	852	.000	0.35

Funcionamiento autónomo								
Toma de interés	3.78	0.87	3.84	0.87	1.02	852	.307	0.06
Autocongruencia	4.01	.60	3.96	.70	-1.03	852	.300	0.07
Susceptibilidad al control	3.14	.76	3.16	.76	.306	852	.760	0.02
Apoyo social								
Apoyo social percibido familia	0.70	0.26	0.65	0.27	-2.37*	852	.018	0.18
Apoyo social percibido amigos	0.73	0.22	0.67	0.24	-3.51***	533	.000	0.26
Bienestar social								
Aceptación social	3.58	1.10	3.25	1.07	-4.23***	852	.000	0.30
Integración social	3.85	0.99	3.62	0.96	-3.03***	852	.001	0.23
Contribución social	4.46	1.04	4.37	1.10	-1.26	852	.206	0.08
Coherencia social	4.55	0.98	4.42	1.04	-1.84	852	.066	0.12
Individualismo-Colectivismo								
Colectivismo horizontal	3.80	0.61	3.79	0.65	-.341	852	.733	0.01
Colectivismo vertical	2.67	0.83	2.59	0.81	-1.24	852	.215	0.09
Individualismo horizontal	3.76	0.83	3.55	0.92	-3.18**	527	.002	0.23
Individualismo vertical	2.89	0.89	2.67	0.90	-3.44***	852	.001	0.24

Nota: media teórica SMP=3; media teórica apoyo social percibido=0.50; \*p≤ 0.05 \*\*p≤ 0.01 \*\*\* p≤ 0.001

Posteriormente se analizaron las relaciones entre SMP y los diferentes factores empleando el análisis de correlación producto momento de Pearson, el cual es un índice que sirve para medir el grado de relación de dos variables que deben ser cuantitativas y continuas. Se realizó el análisis en la muestra total y por hombres y mujeres tomando en cuenta diferencias significativas en el análisis previo. El hecho de encontrar correlaciones positivas es un paso previo para realizar los siguientes análisis para encontrar los predictores de la SMP.

En general se encontraron correlaciones significativas bajas y moderadas para todas las dimensiones de SMP con todos los factores, en su caso, algunas fueron negativas (ver Tablas 21 a 28). Para el caso de funcionamiento autónomo se

encontraron algunas correlaciones con las dimensiones de SMP; la más alta fue entre autorreflexión y toma de interés, y entre autocongruencia y dominio del entorno (Tabla 21).

Tabla 21. Correlaciones entre SMP y funcionamiento autónomo para la muestra general

	Funcionamiento autónomo		
	Toma de interés	Auto congruencia	Susceptibilidad al control
Bienestar cognitivo emocional	.066	.375**	-.137**
Dominio del entorno	.118**	.506**	-.190**
Habilidades sociales	.142**	.386**	-.059
Empatía y sensibilidad social	.268**	.374**	.013
Bienestar físico	.049	.252**	-.093**
Auto reflexión	.591**	.430**	.243**
Malestar psicológico	-.153**	.176**	-.354**

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Al realizar el análisis por hombres y mujeres las correlaciones más fuertes se observaron para los hombres en toma de interés con: empatía y sensibilidad social y autorreflexión; en autocongruencia con: bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social y autorreflexión; y en susceptibilidad al control con: malestar psicológico y autorreflexión (ver Tabla 22).

Para las mujeres, las correlaciones más fuertes, aunque moderadas fueron en toma de interés con: autorreflexión y empatía y sensibilidad social; en autocongruencia con todas las dimensiones de SMP; y en susceptibilidad al control

con: malestar psicológico (negativa), autorreflexión y dominio del entorno (ver Tabla 22).

Tabla 22. Correlaciones entre SMP y funcionamiento autónomo por hombres (408) y mujeres (453)

	Funcionamiento autónomo					
	Toma de interés		Auto congruencia		Susceptibilidad al control	
	H	M	H	M	H	M
Bienestar cognitivo emocional	.058	.090	.346**	.412**	-.096	-.179**
Dominio del entorno	.109*	.142**	.441**	.577**	-.170**	-.210**
Habilidades sociales	.159**	.142**	.345**	.436**	-.028	-.094*
Empatía y sensibilidad social	.307**	.210**	.362**	.374**	.003	.001
Bienestar físico	.033	.089	.220**	.296**	-.067	-.115*
Autorreflexión	.587**	.595**	.445**	.410**	.266**	.210**
Malestar psicológico	-.217**	-.092*	.124*	.243**	-.387**	-.309**

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Para el caso de apoyo social percibido también se encontraron correlaciones positivas con todas las dimensiones de SMP, siendo las más altas con Bienestar cognitivo-emocional y habilidades sociales (Tabla 23 y 24)

Tabla 23. Correlaciones entre SMP y apoyo social percibido de la familia y los amigos para la muestra general (n = 862)

	Apoyo percibido de la familia	Apoyo percibido de los amigos
Bienestar cognitivo emocional	.415**	.371**
Dominio del entorno	.321**	.288**
Habilidades sociales	.363**	.399**

Empatía y sensibilidad social	.269**	.247**
Bienestar físico	.285**	.224**
Auto reflexión	.099**	.104**
Malestar psicológico	.287**	.269**
SMP total	.453**	.423**

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Para el caso de las correlaciones por hombres y mujeres por separado, también se observaron correlaciones positivas con todas las dimensiones de SMP tanto en los hombres como en las mujeres (ver Tabla 24).

Tabla 24. Correlaciones entre SMP y apoyo social percibido de la familia y los amigos por hombres y mujeres

	Hombres (n = 408)		Mujeres (n = 453)	
	Apoyo percibido de la familia	Apoyo percibido de los amigos	Apoyo percibido de la familia	Apoyo percibido de los amigos
Bienestar cognitivo emocional	.473**	.404**	.366**	.350**
Dominio del entorno	.343**	.275**	.305**	.306**
Habilidades sociales	.398**	.428**	.334**	.383**
Empatía y sensibilidad social	.314**	.291**	.228**	.203**
Bienestar físico	.309**	.197**	.271**	.262**
Auto reflexión	.161**	.010	.040	.191**
Malestar psicológico	.262**	.354**	.323**	.190**
SMP total	.504**	.434**	.411**	.420**

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Para el bienestar social se observaron correlaciones positivas, excepto en la dimensión de autorreflexión con aceptación y coherencia social. Las más altas se

observan en integración social, contribución social y coherencia social con el bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales y malestar psicológico. lo mismo se reflejó en el análisis realizado por hombres y mujeres (Ver Tabla 25 y 26).

Tabla 25. Correlaciones entre SMP y bienestar social para la muestra general

(n = 862)

	Aceptación social	Integración social	Contribución social	Coherencia social
Bienestar cognitivo emocional	.270**	<b>.469**</b>	<b>.430**</b>	<b>.401**</b>
Dominio del entorno	.182**	<b>.347**</b>	<b>.348**</b>	<b>.386**</b>
Habilidades sociales	.235**	<b>.430**</b>	<b>.346**</b>	.315**
Empatía y sensibilidad social	.207**	.284**	.230**	.248**
Bienestar físico	.160**	<b>.324**</b>	.262**	.235**
Auto reflexión	-.008	.188**	.148**	.018
Malestar psicológico	.251**	.201**	.291**	<b>.461**</b>

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Tabla 26. Correlaciones entre SMP y bienestar social por mujeres y hombres

	Aceptación social		Integración social		Contribución social		Coherencia social	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Bienestar cognitivo emocional	.296**	.233**	.433**	.523**	<b>.461**</b>	<b>.419**</b>	<b>.409**</b>	<b>.397**</b>
Dominio del entorno	.204**	.147**	.361**	.344**	<b>.404**</b>	<b>.304**</b>	<b>.382**</b>	<b>.396**</b>
Habilidades sociales	.229**	.229**	<b>.402**</b>	<b>.479**</b>	<b>.401**</b>	<b>.307**</b>	<b>.307**</b>	<b>.325**</b>
Empatía y sensibilidad social	.215**	.208**	.291**	.290**	.249**	.188**	.234**	.258**
Bienestar físico	.167**	.130**	.324**	.352**	.306**	.246**	.280**	.190**

Auto reflexión	.071	-.098*	.165**	.223**	.228**	.054	.071	-.043
Malestar psicológico	.279**	.256**	.210**	.169**	.287**	.314**	<b>.426**</b>	<b>.520**</b>

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

En el análisis de relaciones entre SMP e individualismo-colectivismo en hombres y mujeres se encontraron correlaciones significativas para casi todas las dimensiones de SMP con las cuatro dimensiones culturales. con el colectivismo vertical todas las correlaciones resultaron negativas y nulas con empatía y sensibilidad social y autorreflexión. el individualismo vertical no tuvo correlación con empatía y sensibilidad social ni con malestar psicológico. (ver Tabla 27 y 28).

Tabla 27. Correlaciones entre SMP e individualismo-colectivismo para la muestra general (n = 862)

	Colectivismo horizontal	Colectivismo vertical	Individualismo horizontal	Individualismo vertical
Bienestar cognitivo emocional	.299**	-.304**	.435**	.238**
Dominio del entorno	.244**	-.443**	.424**	.275**
Habilidades sociales	.450**	-.233**	.443**	.244**
Empatía y sensibilidad social	.514**		.291**	
Bienestar físico	.232**	-.180**	.303**	.272**
Auto reflexión	.254**		.263**	.153**
Malestar psicológico	.111**	-.379**	.121**	

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Tabla 28. Correlaciones entre SMP e individualismo-colectivismo por hombres y mujeres

	Colectivismo horizontal		Colectivismo vertical		Individualismo horizontal		Individualismo vertical	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Bienestar cognitivo emocional	.313**	.290**	-.276**	-.329**	<b>.443**</b>	<b>.437**</b>	.271**	.182**
Dominio del entorno	.230**	.261**	<b>-.417**</b>	<b>-.465</b>	<b>.435**</b>	<b>.425**</b>	.322**	.216**
Habilidades sociales	<b>.479**</b>	<b>.428**</b>	-.217**	-.251**	<b>.479**</b>	<b>.416**</b>	.265**	.196**
Empatía y sensibilidad social	<b>.496**</b>	<b>.529**</b>			.321**	.251**		
Bienestar físico	.230**	.239**	-.177**	-.175**	.306**	.318**	.271**	.220**
Auto reflexión	.253**	.249**			.303**	.217**	.221**	.108*
Malestar psicológico		.165**	<b>-.422**</b>	-.335**	.097*	.161**		
SMP total	.455**	.461**	-.331**	-.336**	.531**	.494**	.315**	.213**

Nota: \*\*  $p \leq 0.01$

Los análisis de correlación demuestran que existe una relación de las variables estudiadas con la SMP más no significan una relación causal por lo que es necesario un siguiente análisis estadístico que permita establecer una relación causal entre los factores con el fin de encontrar los mejores predictores de cada dimensión de SMP a los que llamaremos determinantes, dichos análisis se presentan a continuación.

### **Análisis de regresión.**

Para conocer la capacidad predictiva de la agencia, el apoyo y bienestar social y la orientación cultural en la salud mental positiva, se llevaron a cabo con la muestra general (N =862) análisis de regresión múltiple con el método por pasos ya que es la primera vez que se realiza un análisis predictivo con estas variables juntas. Se observaron los supuestos estadísticos pertinentes y se ejecutaron siete modelos tomando como variable dependiente cada dimensión de SMP: 1) Bienestar cognitivo

emocional, 2) Dominio del entorno, 3) Habilidades sociales, 4) Empatía y sensibilidad social, 5) Bienestar físico, 6) Autorreflexión y 7) Malestar psicológico.

Las variables independientes fueron los factores funcionamiento autónomo, apoyo social percibido, bienestar social y orientación cultural en cada una de sus dimensiones (Ver Tabla 29):

Tabla 29. Factores predictores y sus dimensiones como variables independientes

Factores	Dimensiones (Variables dependientes)
Funcionamiento autónomo	V1. Toma de interés (TI)
	V2. Autocongruencia
	V3. Susceptibilidad al control (SC)
Apoyo social	V4. Apoyo social percibido de la familia (APF)
	V5. Apoyo social percibido de los amigos (APA)
Bienestar social	V6. Aceptación social (AS)
	V7. Integración social (IS)
	V8. Contribución social (CS)
	V9. Coherencia social (COS)
Orientación cultural Individualista-colectivista	V10. Individualismo horizontal (IH)
	V11. Colectivismo horizontal (CH)
	V12. Individualismo vertical (IV)
	V13. Colectivismo vertical (CV)

Se corrieron los análisis para cada dimensión de SMP con las variables con correlaciones significativas encontrando modelos estadísticamente significativos para cada una.

Para el bienestar cognitivo emocional, el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en diez pasos [ $F_{(10, 850)} = 71.626, p < 0.001$ ] que explica el 45.1 % de la varianza con los predictores integración social, coherencia social, IH,

APF, CV como predictor negativo, APA, contribución social, IV, autocongruencia y aceptación social (ver Tabla 30 y 31).

Tabla 30. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de bienestar cognitivo emocional

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.219	-	[ <i>F</i> (1, 860) = 242.856, <i>p</i> < 0.001**]	-
Paso 2	.306	.087	[ <i>F</i> (2, 859) = 190.498, <i>p</i> < 0.001**]	107.940
Paso 3	.357	.052	[ <i>F</i> (3, 858) = 160.072, <i>p</i> < 0.001**]	69.043
Paso 4	.392	.036	[ <i>F</i> (4, 857) = 139.563, <i>p</i> < 0.001**]	50.392
Paso 5	.417	.026	[ <i>F</i> (5, 856) = 124.180, <i>p</i> < 0.001**]	38.331
Paso 6	.434	.018	[ <i>F</i> (6, 855) = 111.242, <i>p</i> < 0.001**]	27.400
Paso 7	.441	.007	[ <i>F</i> (7, 854) = 98.161, <i>p</i> < 0.001**]	11.488
Paso 8	.445	.004	[ <i>F</i> (8, 853) = 87.298, <i>p</i> < 0.001**]	6.683
Paso 9	.448	.004	[ <i>F</i> (9, 852) = 78.646, <i>p</i> < 0.001**]	5.636
Paso 10	.451	.003	[ <i>F</i> (10, 851) = 71.626, <i>p</i> < 0.001**]	5.069

Nota: \* *p* ≤ .01; \*\* *p* ≤ .001

Tabla 31. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor bienestar cognitivo emocional a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Integración social	.131	.024	.168	5.38***	.000
Coherencia social	.111	.023	.144	4.81***	.000
Individualismo horizontal	.141	.028	.157	5.01***	.000
APF	.430	.083	.149	5.19***	.000
Colectivismo vertical	-.152	.025	-.162	-6.10***	.000
APA	.369	.095	.111	3.89***	.000
Contribución social	.064	.023	.088	2.79**	.005
Individualismo vertical	.062	.024	.072	2.61**	.009
Autocongruencia	.089	.036	.073	2.48*	.013
Aceptación social	.045	.020	.064	2.52*	.025

Nota: \* *p* ≤ .05; \*\* *p* ≤ .01; \*\*\* *p* ≤ .001 R = .457; R<sup>2</sup> = .451

Para dominio del entorno, el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en siete pasos [ $F_{(7, 854)} = 123.31, p < 0.001$ ] que explica el 49.9 % de la varianza con los predictores autocongruencia, CV como predictor negativo, IH, coherencia social, IV, susceptibilidad al control como predictor negativo y APF (ver Tabla 32 y 33).

Tabla 32. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de dominio del entorno

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.255	-	[ $F_{(1, 860)} = 296.177, p < 0.001^{**}$ ]	-
Paso 2	.406	.151	[ $F_{(2, 859)} = 295.517, p < 0.001^{**}$ ]	219.579
Paso 3	.451	.046	[ $F_{(3, 858)} = 236.987, p < 0.001^{**}$ ]	71.453
Paso 4	.478	.028	[ $F_{(4, 857)} = 198.283, p < 0.001^{**}$ ]	45.388
Paso 5	.488	.010	[ $F_{(5, 856)} = 164.866, p < 0.001^{**}$ ]	16.683
Paso 6	.494	.007	[ $F_{(6, 855)} = 141.206, p < 0.001^{**}$ ]	12.161
Paso 7	.499	.005	[ $F_{(7, 854)} = 123.310, p < 0.001^{**}$ ]	8.501

Nota: \*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$

Tabla 33. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor dominio del entorno a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Autocongruencia	.317	.026	.347	12.34 <sup>***</sup>	.000
Colectivismo vertical	-.200	.020	-.283	-10.18 <sup>***</sup>	.000
Individualismo horizontal	.110	.019	.164	5.71 <sup>***</sup>	.000
Coherencia social	.088	.016	.151	5.63 <sup>***</sup>	.000
Individualismo vertical	.074	.017	.114	4.31 <sup>***</sup>	.000
Susceptibilidad al control	-.075	.022	-.098	-3.40 <sup>***</sup>	.001
APF	.165	.056	.076	2.91 <sup>**</sup>	.004

Nota: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$  R= .466; R<sup>2</sup>= .462

Para las habilidades sociales, el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en nueve pasos [ $F_{(8, 852)} = 74.755, p < 0.001$ ] que explica el 43.5 % de la varianza con los predictores CH, IH, APA, CV como predictor negativo, integración social, APF, IV, coherencia social y autocongruencia (ver Tabla 34 y 35).

Tabla 34. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de habilidades sociales

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.202	-	[ $F_{(1, 860)} = 218.787, p < 0.001^{**}$ ]	-
Paso 2	.300	.099	[ $F_{(2, 859)} = 185.532, p < 0.001^{**}$ ]	121.597
Paso 3	.353	.054	[ $F_{(3, 858)} = 157.791, p < 0.001^{**}$ ]	71.748
Paso 4	.393	.040	[ $F_{(4, 857)} = 140.498, p < 0.001^{**}$ ]	57.466
Paso 5	.416	.023	[ $F_{(5, 856)} = 123.516, p < 0.001^{**}$ ]	33.969
Paso 6	.423	.008	[ $F_{(6, 855)} = 106.062, p < 0.001^{**}$ ]	11.336
Paso 7	.428	.006	[ $F_{(7, 854)} = 92.934, p < 0.001^{**}$ ]	8.548
Paso 8	.433	.006	[ $F_{(8, 853)} = 83.137, p < 0.001^{**}$ ]	8.692
Paso 9	.435	.003	[ $F_{(8, 852)} = 74.755, p < 0.001^{**}$ ]	4.764

Nota: \*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$

Tabla 35. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor habilidades sociales a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Colectivismo horizontal	.314	.036	.259	8.81 <sup>***</sup>	.000
Individualismo horizontal	.128	.028	.147	4.61 <sup>***</sup>	.000
APA	.544	.092	.168	5.94 <sup>***</sup>	.000
Colectivismo vertical	-.144	.025	-.157	-5.75 <sup>***</sup>	.000
Integración social	.093	.024	.122	3.91 <sup>***</sup>	.000
APF	.252	.082	.090	3.07 <sup>**</sup>	.002
Individualismo vertical	.070	.024	.083	2.96 <sup>**</sup>	.003
Coherencia social	.060	.021	.080	2.84 <sup>**</sup>	.005
Autocongruencia	.078	.036	.066	2.18 <sup>*</sup>	.029

Nota: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$  R= .441; R<sup>2</sup>= .435

Para empatía y sensibilidad social, el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en siete pasos [ $F(7, 854) = 65.645, p < 0.001$ ] que explica el 34.5 % de la varianza con los predictores CH, autocongruencia, coherencia social, IV como predictor negativo, IH, APF y toma de interés (ver Tabla 36 y 37).

Tabla 36. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de empatía y sensibilidad social

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.263	-	$[F(1, 860) = 308.890, p < 0.001^{**}]$	-
Paso 2	.306	.043	$[F(2, 859) = 190.919, p < 0.001^{**}]$	53.935
Paso 3	.318	.013	$[F(3, 858) = 135.095, p < 0.001^{**}]$	16.538
Paso 4	.326	.008	$[F(4, 857) = 104.963, p < 0.001^{**}]$	10.215
Paso 5	.333	.008	$[F(5, 856) = 87.110, p < 0.001^{**}]$	10.866
Paso 6	.339	.006	$[F(6, 855) = 74.480, p < 0.001^{**}]$	7.846
Paso 7	.345	.007	$[F(7, 854) = 65.645, p < 0.001^{**}]$	8.643

Nota: \*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$

Tabla 37. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor empatía y sensibilidad social a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Colectivismo horizontal	.314	.026	.379	12.29 <sup>***</sup>	.000
Autocongruencia	.107	.029	.132	3.74 <sup>***</sup>	.000
Coherencia social	.060	.015	.117	3.95 <sup>***</sup>	.000
Individualismo vertical	-.068	.017	-.119	-3.94 <sup>***</sup>	.001
Individualismo horizontal	.052	.020	.088	2.60 <sup>**</sup>	.009
APF	.176	.058	.092	3.05 <sup>**</sup>	.002
Toma de interés	.057	.019	.096	2.94 <sup>**</sup>	.003

Nota: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

R = .350; R<sup>2</sup> = .345

Para el bienestar físico, el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en siete pasos [ $F_{(7, 854)} = 33.68, p < 0.001$ ] que explica el 21.0 % de la varianza con los predictores integración social, IV, APF, coherencia social CH, CV como predictor negativo e IH (ver Tabla 38 y 39).

Tabla 38. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de bienestar físico

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.104	-	[ $F_{(1, 860)} = 101.163, p < 0.001^{**}$ ]	-
Paso 2	.144	.041	[ $F_{(2, 859)} = 73.601, p < 0.001^{**}$ ]	41.299
Paso 3	.170	.027	[ $F_{(3, 858)} = 59.800, p < 0.001^{**}$ ]	27.634
Paso 4	.190	.020	[ $F_{(4, 857)} = 51.361, p < 0.001^{**}$ ]	21.714
Paso 5	.197	.008	[ $F_{(5, 856)} = 43.208, p < 0.001^{**}$ ]	8.742
Paso 6	.207	.011	[ $F_{(6, 855)} = 38.357, p < 0.001^{**}$ ]	11.458
Paso 7	.210	.004	[ $F_{(7, 854)} = 33.685, p < 0.001^{**}$ ]	4.668

Nota: \*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$

Tabla 39. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor bienestar físico a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Integración social	.110	.030	.133	3.65 <sup>**</sup>	.000
Individualismo vertical	.160	.030	.174	5.27 <sup>***</sup>	.000
APF	.380	.104	.124	3.65 <sup>***</sup>	.000
Coherencia social	.084	.027	.102	3.10 <sup>**</sup>	.002
Colectivismo horizontal	.134	.045	.102	3.00 <sup>**</sup>	.003
Colectivismo vertical	-.105	.032	-.106	-3.27 <sup>***</sup>	.001
Individualismo horizontal	.076	.035	.079	2.16 <sup>*</sup>	.031

Nota: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$  R = .216; R<sup>2</sup> = .210

Para autorreflexión, el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en cuatro pasos [ $F_{(4, 857)} = 137.07, p < 0.001$ ] que explica el 38.7 % de la

varianza con los predictores toma de interés, autocongruencia, IV y CH (ver Tabla 40 y 41).

Tabla 40. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de autorreflexión

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.348	-	$[F(1, 860) = 460.722, p < 0.001^{**}]$	-
Paso 2	.376	.028	$[F(2, 859) = 260.168, p < 0.001^{**}]$	39.167
Paso 3	.348	.009	$[F(3, 858) = 179.787, p < 0.001^{**}]$	12.225
Paso 4	.387	.004	$[F(4, 857) = 137.078, p < 0.001^{**}]$	5.882

Nota: \*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$

Tabla 41. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor autorreflexión a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Toma de interés	.415	.025	.498	16.28 <sup>***</sup>	.000
Autocongruencia	.172	.037	.150	4.66 <sup>***</sup>	.000
Individualismo vertical	.076	.022	.094	3.43 <sup>***</sup>	.001
Colectivismo horizontal	.081	.034	.069	2.42 <sup>*</sup>	.016

Nota: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$  R = .390; R<sup>2</sup> = .387

Finalmente, para malestar psicológico (su ausencia), el análisis de regresión produjo un modelo significativo generado en nueve pasos  $[F(8, 852) = 54.881, p < 0.001]$  que explica el 36 % de la varianza con los predictores coherencia social, CV como predictor negativo, APF, susceptibilidad al control como predictor negativo, APA, toma de interés como negativo, autocongruencia y aceptación social (ver Tabla 42 y 43).

Tabla 42. Resumen del análisis de regresión por pasos en funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo como predictores de malestar psicológico

Paso	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
Paso 1	.211	-	[F (1, 860) = 231.701, p < 0.001**]	-
Paso 2	.280	.069	[F (2, 859) = 168.369, p < 0.001**]	82.957
Paso 3	.307	.028	[F (3, 858) = 127.991, p < 0.001**]	34.214
Paso 4	.328	.022	[F (4, 857) = 106.194, p < 0.001**]	28.498
Paso 5	.339	.012	[F (4, 856) = 89.497, p < 0.001**]	15.512
Paso 6	.345	.006	[F (4, 855) = 76.649, p < 0.001**]	8.495
Paso 7	.349	.005	[F (4, 854) = 67.023, p < 0.001**]	6.374
Paso 8	.358	.009	[F (5, 853) = 60.962, p < 0.001**]	12.319
Paso 9	.360	.003	[F (5, 852) = 54.881, p < 0.001**]	4.329

Nota: \* p ≤ .01; \*\* p ≤ .001

Tabla 43. Análisis de regresión múltiple obtenido para la predicción del factor malestar psicológico a partir del funcionamiento autónomo, apoyo social, bienestar social e individualismo-colectivismo

Factores	B	EE	β	t	p
Coherencia social	.177	.021	.267	8.48***	.000
Colectivismo Vertical	-.152	.025	-.188	-5.97***	.000
APF	.347	.074	.140	4.72***	.000
Susceptibilidad al control	-.111	.030	-.126	-3.67***	.000
APA	.288	.087	.101	3.31***	.001
Individualismo vertical	-.070	.021	-.095	-3.35***	.001
Toma de interés	-.101	.026	-.132	-3.88***	.000
Autocongruencia	.128	.036	.122	3.52***	.000
Aceptación social	.038	.018	.062	2.08***	.038

Nota: \* p ≤ .05; \*\* p ≤ .01; \*\*\* p ≤ .001 R = .367; R<sup>2</sup> = .360

## **Discusión.**

A partir de los resultados encontrados, se puede afirmar que los jóvenes universitarios se perciben con salud mental positiva en un nivel medio, es decir que, en general en su vida diaria a veces y casi siempre experimentan emociones positivas, pueden tomar decisiones propias y lidiar con sus dificultades de manera adaptativa, entablar relaciones sociales sanas, son empáticos y respetuosos de las diferencias, se sienten con buena salud física y hábitos saludables, autoconocimiento y reflexión de sus actos y bajos niveles de malestar. Estas capacidades podrían potencializarse para que su nivel de SMP sea mayor ayudándoles en la adaptación satisfactoria para ellos y consecución de metas en la vida, abonando a su desarrollo humano y al desarrollo de su sociedad.

Los resultados más altos se dan en especial en la cuarta dimensión que es Empatía y sensibilidad social; señalando como su principal capacidad el ponerse en el lugar de los demás, tratar de comprenderles y tratarles con respeto aceptando sus derechos a pesar de las diferencias. Esto es interesante pues la cultura mexicana ha sido caracterizada por la importancia que se le da al grupo, la abnegación, la obediencia afiliativa, la importancia de lo social (Díaz Guerrero, 2011) además de que en México se ha encontrado que resalta la orientación cultural colectivista (Triandis, 2005) que refleja la valorización de los objetivos y metas del grupo social antes que los individuales pero de una manera horizontal en una relación de pares e igualdad, sin competencia ni jerarquías (García-Campos, Correa-Romero, García y Barragán y López-Suárez, 2016; Triandis, 2005), lo que coincide con los resultados de éste estudio. Estos altos puntajes también podrían estar en relación con la consciencia social de las nuevas generaciones quienes presentan mayor flexibilidad de pensamiento en cuestiones de diversidad social. Y un punto importante de la empatía es que no se puede hablar de salud mental sin ésta ya que el no considerarla puede llevar a la persona a un puro hedonismo o un funcionamiento óptimo, pero con característica de la sociopatía; por ello es importante la presencia de este factor (Tengland, 2001).

Por su parte la segunda dimensión que se observa con puntuación más alta fue el Bienestar cognitivo emocional, que refleja la vivencia de emociones positivas en la vida diaria, satisfacción hacia la propia vida y consigo mismo, coincidiendo con autores Latinoamericanos (Barradas, Sánchez, Guzmán y Valderrama, 2011; Londoño Pérez, 2009; Medina, Irija, Martínez y Cardona, 2012) quienes han encontrado resultados similares en aspectos de afecto positivo y satisfacción en jóvenes universitarios. También se ha generado información de que, en México las cifras de bienestar subjetivo reportadas por población abierta son altas, especialmente la satisfacción con las relaciones personales; y en jóvenes de 18 a 29 años, en satisfacción con su vida, en comparación con otras edades de adultos (INEGI, 2018).

Por otra parte, el estudiante universitario como población particular puede experimentar este bienestar debido a lo que representa el ingreso a la educación superior como logro y como esperanza de un futuro mejor y a pesar de sus posibles vulnerabilidades se encuentra al ingresar a los estudios superiores en una situación social más ventajosa que otros jóvenes. Además, se ha encontrado que a estas edades a pesar de los problemas personales o sociales se reportan altos niveles de optimismo (Londoño Pérez, 2009) más que en edades adultas posteriores.

En contraste, la dimensión Bienestar físico fue la de menor puntuación, lo que refleja algo de satisfacción con su salud física que podría mejorarse y la necesidad de que mejoren también sus hábitos y estilos de vida a uno más sano. Ello podría deberse al estrés, la gran carga de trabajo, actividades académicas y variación de horarios lo que posiblemente dificulta la práctica de ejercicio físico y hábitos saludables, además de que algunos jóvenes alteran su calidad de sueño y alimentación (Mosqueda et al., 2017; OMS, 2019; Silva-Gutiérrez y De la Cruz-Guzmán, 2017) y quizá pueda deberse también, a la gran cantidad de tiempo que pasan conectados al internet y redes sociales o al tipo de comportamiento que tengan con relación al internet, lo que se ha relacionado con conductas adictivas y al descuido, entre otras cosas, de actividades recreativas, salud e higiene en adolescentes (Arab y Díaz, 2015); todo lo anterior podría repercutir en la satisfacción con su estado de salud; para corroborar estos hallazgos se requiere continuar investigación al respecto.

En general se reportan valores cercanos a la media en Dominio del entono, habilidades sociales, autorreflexión y la ausencia de malestar psicológico, lo que refleja que estas dimensiones podrían mejorar; las y los jóvenes podrían desarrollar más sus capacidades de interacción social para la adaptación social, ser asertivos y generar relaciones positivas; solucionar y enfrentar los problemas con autonomía de manera positiva; así como su autoconocimiento e introspección y disminuir sensaciones de estar fuera de la realidad donde nadie les entiende, de soledad, de malestar y limitados por su salud que es lo que se mide en dichas dimensiones de la escala de SMP.

En cuanto al índice de funcionamiento autónomo como capacidad de agencia se observaron puntuaciones ligeramente arriba de la media para toma de interés y autocongruencia y una puntuación media para susceptibilidad al control, indicando que las y los jóvenes tienden a tomar interés en ellos mismos buscando comprenderse de una manera abierta, se consideran altos en experimentar congruencia entre sus conductas, actitudes y características personales y sin embargo, experimentan presiones internas o externas para comportarse de ciertas maneras. Por lo que no podría afirmarse que poseen de una total agencia en la toma de sus decisiones. Weinstein et al. (2012) aplicaron el índice de funcionamiento autónomo en 7 estudios con población diversa de 21 países como Estados Unidos, Inglaterra, Europa, Inglaterra, Alemania, Japón, China, entre otras, encontrando en general resultados similares a los de esta investigación en autocongruencia y toma de interés, pero no en susceptibilidad al control donde los puntajes de esta muestra son un poco más altos.

Lo anterior es una cuestión interesante pues se esperaría que la población universitaria reflejara mayor agencia y menos susceptibilidad a ser controlada por presiones pues como señala Peterson (2010), las instituciones educativas, entre éstas, la Universidad, son uno de los espacios de empoderamiento más importantes. Surge la pregunta de si realmente una universidad promueve el comportamiento agéntico; pero hay que recordar que la universidad está dentro de un contexto social y cultural que a su vez puede dar forma a lo que se fomenta en estos espacios.

Y de acuerdo con lo señalado por Vázquez et al. (2015) hay que tomar en cuenta que, desde una posible violencia estructural, las crisis económicas han generado

desigualdades que alcanzan a las y los jóvenes influyendo en sus formas de construir su realidad y actuar en consecuencia. Además de que en el contexto mexicano la familia sigue ejerciendo importante influencia que podría alcanzar el funcionamiento autónomo de los jóvenes. Sin embargo, todavía están en formación y la agencia podría desarrollarse.

En cuanto al apoyo social se observaron niveles arriba de la media, sugiriendo como una mayor fuente de apoyo a los amigos según la perciben los y las jóvenes, esto quizá porque ahora pasan más tiempo en la escuela con actividades académicas y sociales que con la familia.

En general se sienten apoyados y vinculados con su familia y amigos percibiendo apoyo emocional siendo nuevamente un recurso importante tal como se plantea en la literatura y que podría relacionarse con los niveles de empatía y sensibilidad social reportados. Probablemente la percepción del apoyo social impacte favorablemente la SMP resaltando la importancia de estos vínculos en la vida del joven para la presencia de la salud en el optimismo, afectividad positiva, adaptación con el entorno, habilidades sociales y la empatía ya mencionada, dimensiones de la SMP, y no sólo en la ausencia o bajos niveles de enfermedad que es lo más reportado en la literatura (Barry, 2009; Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Fernández, 2005; Hernández, Pozo y Alonso, 2004; Petersen et al., 2013)

Por otra parte, los niveles de bienestar social encontrados se encuentran alrededor de la media en aceptación e integración social y niveles ligeramente altos en contribución y coherencia social por lo que los jóvenes sienten que comprenden y quieren aprender sobre su mundo y el funcionamiento u organización del mundo social, lo que les ayuda dar sentido a la vida, también sienten que contribuyen a su sociedad y que son elementos importantes en ella aportando algo valioso, a su vez se sienten integrados a ésta y en medida ligeramente más baja sienten aceptación y confianza por la sociedad.

Referente a la dimensión cultural explorada, los niveles más altos se observan en colectivismo horizontal coincidiendo con la visión colectivista del mexicano; sin embargo, se complementa con un alto nivel de Individualismo horizontal tal como se

ha observado en grupos y personas en quienes las distintas dimensiones pueden internalizarse en diferentes medidas (Triandis, 1994).

Así, en este caso y en esta muestra de jóvenes predominan las relaciones horizontales donde la competencia no es lo importante ni las jerarquías; sin embargo, al parecer, el colectivo tiene casi la misma importancia que el desarrollo individual, coincidiendo con otros resultados sobre jóvenes universitarios (Cienfuegos-Martínez et al., 2016; García-Campos, 2003; García-Campos et al., 2016; Laca y Mejía, 2007). Ello, podría implicar un proceso de cambio en los valores culturales, que anteriormente reportaban más tendencias colectivistas y la influencia de la educación universitaria hacía la individualidad, el logro y la horizontalidad (Cienfuegos-Martínez et al., 2016; García-Campos, 2003; García-Campos et al., 2016; Laca y Mejía, 2007), cuestión a la que habría que dar seguimiento en investigación.

En cuanto a las diferencias encontradas por sexo, se puede observar que, únicamente en Empatía y sensibilidad social, así como en autorreflexión de SMP salieron más altas las mujeres y en las demás dimensiones lo fueron los hombres; en el caso del funcionamiento autónomo las mujeres tuvieron más toma de interés de manera significativa y en bienestar social de nuevo puntuaron más altas en la dimensión contribución social.

Las diferencias en empatía y sensibilidad social señalan donde la socialización y rol de género tradicional aún podría imponerse: ponerse en el lugar del otro, pensar en las necesidades del otro, respetar. Y en cuanto a los hombres que salieron más altos en Bienestar cognitivo emocional, habilidades sociales, bienestar físico y SMP total, podría reflejar también esa socialización tradicional de los hombres hacia la orientación al logro y otras características de la masculinidad y androginia que han sido asociadas con buena salud mental (Rocha-Sánchez et al., 2006).

Por otra parte si pueden observarse los posibles impactos de estos roles tradicionales en las diferencias en la dimensión cultural; en general, las mujeres de esta muestra son más colectivistas que los hombres quienes puntuaron más alto en individualismo vertical; las diferencias significativas señalan que los hombres son más individualistas verticales que las mujeres y que estas, son más colectivistas verticales

que los hombres, lo que parece reflejar lo relacionado a los roles de género tradicionales, el hombre socializado a la competencia y los logros individuales antes del colectivo y la mujer socializada a las relaciones a ver por los demás y en culturas patriarcales, educada en la sumisión (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005; Rocha-Sánchez et al., 2006; Rocha-Sánchez, 2011), que en primer lugar, colocarían el interés y logro de metas del colectivo.

Así, estos aspectos pueden relacionarse con lo señalado en la literatura acerca de los impactos del rol de género tradicional en la vida de las personas. Sin embargo, las excepciones encontradas, como en la dimensión Habilidades sociales de SMP, que tradicionalmente se han asociado más al género femenino, así como, el que la ausencia de Malestar psicológico fuera mayor en las mujeres y el no encontrar diferencias significativas en el apoyo social percibido de la familia y los amigos entre los hombres y las mujeres y que éstas últimas puntuaran más alto en individualismo horizontal aunque no fuese significativo puede reflejar cambios en dichos roles de género donde éstos se transforman para dar lugar a nuevas formas del ser mujer, ser hombre, ser persona.

Con respecto a las diferencias halladas entre quienes encuentran sus necesidades socioeconómicas satisfechas y quienes no, se encontraron diferencias significativas en todos los factores de estudio excepto en lo referente a la agencia, lo que es interesante ya que la literatura plantea que este tipo de aspecto podría influir, más sin embargo Ibrahim & Alkire (2007) plantearon que es un aspecto que podría influir en el empoderamiento en el sentido del acceso y ampliación de oportunidades más que en la agencia como capacidad de voluntad y elección libre de las personas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en ningún aspecto del colectivismo, contribución o coherencia social ni en empatía, autoreflexión ni malestar psicológico; pero sí en individualismo, apoyo social de familia y amigos, bienestar cognitivo, dominio del entorno, habilidades sociales, bienestar físico, aceptación e integración social.

Al respecto, las personas con insuficiencia podrían entender el mundo y sentir que aportan a él, sin embargo no aceptar del todo a su sociedad ni sentirse integrados

lo que podría relacionarse con aspectos de exclusión y clasismo. Las diferencias encontradas dan pie a estudiar más acerca de la relación entre recursos socioeconómicos, otros factores y SMP pues se reflejó en algunas dimensiones que quienes tenían más recursos obtuvieron medias más altas. Esto lo explican las ciencias sociales, psicología social y otras relacionadas con la salud (Barry, 2009; Barron & Sánchez, 2001; De la Fuente, 1979; Marmot, 2017; Meyer, Castro-Schilo & Aguilar-Gaxiola, 2014) en el sentido de que mayores recursos socioeconómicos pueden brindar mayor acceso a diferentes oportunidades y servicios; y menores recursos pueden situar a la persona en estados de vulnerabilidad social o aislamiento y se han observado relaciones directas e indirectas de este tipo de factores con la salud mental, así como el estrés, la violencia, entre otras.

Por otra parte, en cuanto a las correlaciones encontradas, en el funcionamiento autónomo se encontraron algunas correlaciones significativas bajas y moderadas con SMP, excepto entre Toma de interés con Bienestar cognitivo y Bienestar físico y, entre susceptibilidad al control con habilidades sociales y Empatía. Sin embargo las correlaciones encontradas coinciden con los planteamientos de que la agencia a través del funcionamiento autónomo estaría relacionada con la salud mental y el bienestar (Weinstein et al., 2012); así mismo, el encontrar correlaciones significativas del apoyo social percibido de la familia y los amigos con las dimensiones de SMP respalda la hipótesis de que a mayor apoyo social percibido, mayor SMP coincidiendo con hallazgos similares en variables relacionadas con los indicadores de la SMP (Cohen et al., 2000; Hernández et al., 2004; Feldman et al., 2008; Domínguez et al., 2011; Mahanta & Aggarwal, 2013; Vivaldi y Barra, 2013). Estos resultados posibilitan la continuación del estudio de estas variables a un nivel causal que lleve a predecir los niveles de SMP.

Resultados similares se observan en la relación de SMP con el bienestar social y con la dimensión cultural; en este caso, las correlaciones más altas se dieron con la integración social y bienestar cognitivo y coherencia social con malestar psicológico; en este sentido los resultados apuntan a la posibilidad de probar la hipótesis de que el sentirse bien en la sociedad influye la salud mental y el bienestar (Keyes, 1998).

En el caso de la cultura, las correlaciones altas fueron con el individualismo y después con el colectivismo horizontales y negativas con el colectivismo vertical. Se encontraron algunas similitudes y diferencias con la literatura citada; coincidió que el individualismo en este caso horizontal se relaciona con mayor fuerza con el Bienestar cognitivo-emocional referente a emociones positivas y satisfacción personal y con la vida tal como reportan Laca y Mejía (2007) y Triandis (2005) y en caso contrario a lo reportado por Omar et al., (2010, 2011), se halló más relación entre individualismo horizontal con el Dominio del entorno referente al enfrentamiento positivo y solución de problemas y una relación inversa de esto con el colectivismo vertical.

En el caso de las habilidades sociales en SMP se encontraron iguales relaciones con el colectivismo e individualismo horizontales quizá debido a que las relaciones en las sociedades horizontales tienden a ser menos competitivas e igualitarias; en cambio la empatía y sensibilidad social se relacionaron más con el colectivismo horizontal pues precisamente lo importante es el otro. Finalmente, el malestar psicológico se relacionó más con el colectivismo vertical siendo que a mayor colectivismo vertical menor ausencia de malestar psicológico a diferencia de lo teorizado por Triandis (2005) acerca de que el individualismo estaría más relacionado con el malestar psicológico.

Más que el individualismo o colectivismo en sí, se observa en general que las dimensiones horizontales se relacionan más y positivamente con la SMP coincidiendo con algunos hallazgos o teorías mencionadas anteriormente donde no se relacionaba la SMP directamente pero sí con factores como el bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, enfrentamiento, entre otros (Joshnloo, 2013; Laca & Mejía, 2007; Triandis, 2005; Omar et al., 2010); sin embargo y de manera más específica, no se encontraron estudios sobre horizontalidad y verticalidad con SMP.

En suma, los jóvenes de este estudio presentan la capacidad de la salud mental positiva que al conocer sus índices se hace susceptible y más proclive a la mejora y desarrollo en pro de la adaptación satisfactoria al medio para estos jóvenes a los panoramas mencionados y los retos que la inserción laboral les presentará a futuro además de los que ya experimentan en la vida universitaria. En este sentido el apoyo social percibido de tipo emocional que es en sí mismo fuente de bienestar es un recurso

para fortalecer esta capacidad de SMP así como el de la familia, el cual habría que explorar porqué se percibe más bajo que el de las amistades. Y el presentar estas tendencias culturales horizontales hacen resaltar la búsqueda del bien común lo que se relaciona con la alta empatía, pero también las metas personales lo que coincide con el Bienestar cognitivo emocional.

Finalmente, y para probar las hipótesis de que los factores estudiados pueden ser predictores de SMP se realizaron los análisis de regresión múltiple mostrando que, efectivamente, todos los factores a nivel individual, social y cultural fueron predictores de las dimensiones de SMP.

El bienestar cognitivo emocional fue el que más predictores tuvo. Al estar compuesto por emociones positivas y satisfacción con la vida y uno mismo, se predice en primer lugar a partir de la Integración y Coherencia social en sentirse integrado a una sociedad que se siente que se comprende; del IH enfocándose en el logro de metas personales sin centrarse en la competencia, al sentir el apoyo emocional y valoración de la familia, al expresar poco o nada de acuerdo con una cultura donde se valore más la jerarquía y relaciones desiguales del colectivo encima de los propios, que la persona se sienta apoyada y valorada por sus amigos; en menor medida que sienta que contribuye a su sociedad; que valore un poco las metas propias con un poco de competencia, que sea fiel a sus valores e ideas en consecuencia con sus acciones y que confíe y acepte a los miembros de su sociedad.

Se confirma que el bienestar social, principalmente en su dimensión de Integración y coherencia, pueden predecir salud mental positiva; que las percepciones positivas de la sociedad y el cómo se sienten en ella influye en la salud mental (Barron y Sánchez, 2001; Blanco y Díaz, 2006; Laca, Mejía y Yañez, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 1999 en Blanco y Díaz, 2005; Keyes y Shapiro, s.f. en Blanco y Díaz, 2005; Zhang et al., 2011); así un bienestar social influiría en un bienestar individual. También se confirma el importante papel del apoyo social en sus efectos directos a la salud (Domínguez et al., 2011; Feldman et al., 2008; Hernández et al., 2004; Mahanta & Aggarwal, 2013; Vivaldi & Barra, 2013), en este caso el apoyo

percibido tanto familiar como de amigos como importante predictor de Bienestar cognitivo emocional. Así como el papel que diversos aspectos del individualismo que se trata de enfocarse primero en uno mismo y los logros personales, principalmente en su dimensión horizontal, pueden jugar en el bienestar cognitivo emocional de la persona referente a emociones positivas y satisfacción personal y con la vida (Laca & Mejía, 2007; Omar et al., 2010; 2011; Triandis, 2005) y en cambio el colectivismo vertical influiría de manera negativa en la salud mental, quizá ello relacionado a cuestiones que se relacionan con el poner primero a los demás en una convivencia jerárquica y desigual.

Por último, en el papel de bienestar cognitivo también influye la autocongruencia del funcionamiento autónomo, tal como lo plantean algunos autores en la importancia de ejercer la libertad seguir los propios valores al tomar decisiones o actuar (independientemente de que sean valores propios o internalizados de la sociedad, pero ya apropiados) (Sheldon, 1996; Weinstein et al., 2011).

La dimensión Dominio del entorno se predice en primer lugar, según los resultados, a partir de la autocongruencia, y en penúltimo predictor la susceptibilidad al control; esto indica que el funcionamiento autónomo (agencia) juega un papel importante en esta dimensión de SMP la cual se trata de la resolución de problemas, autonomía, resiliencia y enfrentamiento positivo; el tener capacidad de seguir los propios valores e ideales y no ceder ante presiones (internas o externas) contribuiría a este aspecto.

La orientación cultural en su dimensión relacional individualismo-colectivismo también juega un papel importante, a partir de menor concordancia con una cultura que ponga por encima a los demás de una manera desigual y jerárquica basada en la obediencia y sumisión, pero si con énfasis en los logros personales y los del colectivo predominantemente de manera horizontal y un poco de énfasis en la competencia. La percepción del apoyo emocional y la seguridad que brinda la familia lo completa, así como el entendimiento de la sociedad en que uno se encuentra. Esto tiene sentido ya que los jóvenes se perciben en una cultura horizontal donde el individualismo y lo

colectivo cobran importancia y para lograr metas y tener autonomía es necesario pensar en uno mismo como individuo (Laca & Mejía, 2007). Estos resultados coinciden con lo encontrado por Omar et al. (2010, 2011) que reportó una relación entre individualismo y colectivismo horizontales con el desarrollo de la resiliencia. Con los demás predictores también se cumple de nuevo lo señalado por autores sobre el papel de estas variables en la salud mental (Sheldon, 1996; Weinstein et al., 2011).

Las Habilidades sociales, se predicen en primer lugar por la orientación cultural Colectivista horizontal donde son más importantes las relaciones sociales que las tareas o metas y el establecimiento de armonía grupal; en segundo lugar, está el individualismo horizontal, si valorando metas individuales, pero en relaciones sociales equitativas más relacionado a tener una identidad propia. Un siguiente predictor importante es el apoyo social que se percibe de los amigos, posteriormente el de la familia y no se debe tener rasgos de CV pero si de coherencia social y autocongruencia.

En una cultura colectivista como la mexicana, y al salir una tendencia alta CH e IH podría esperarse que contribuyan al establecimiento de vínculos satisfactorios puesto que Shavitt, Torelli & Riemer (2011) han encontrado que, la naturaleza de las relaciones persona a persona en las dimensiones horizontales se dan en condiciones de equidad con los demás, sin discriminaciones y de manera nutricia. Lo mismo se puede afirmar del apoyo social que puede motivar a la persona a interactuar y desarrollar dichas habilidades en relaciones de reciprocidad. Se dice (Páez y Zubieta, 2004) que en el colectivismo la conducta social tiende a orientarse hacia el mantenimiento de apariencias e imagen y dar apoyo social, por ende, ello predeciría buenas habilidades sociales. Sobre el individualismo como predictor, se coincide con señalado por Páez y Zubieta (2004), en el individualismo, las relaciones sociales se basan en principios racionales como igualdad, equidad o el no interferir y las personas similares forman parte de sus grupos; así, se deben desarrollar buenas capacidades de interacción social debido a que se tienen relaciones con muchos grupos diversos.

En cuanto a la Empatía y sensibilidad social era de esperarse que su mejor predictor fuera el CH ya que esta característica cultural le da importancia a la sociedad

a los otros, a la armonía social y a los grupos pero en relaciones equitativas donde se asume la igualdad entre personas y en la distribución de recursos y poder (Triandis, 2001 en Díaz-Loving et al., 2018); en este sentido la equidad es un aspecto importante de la empatía y sensibilidad social y en el CH la equidad social es fundamental (Díaz-Loving et al., 2018). Un siguiente predictor fue la autocongruencia y también como último predictor está la toma de interés, ambos componentes del funcionamiento autónomo lo que aporta evidencia a la relación planteada entre autonomía (agencia) y la necesidad de relacionarse de manera satisfactoria como aspectos fundamentales para el bienestar humano (Kagitcibasi, 2005; Ryan et al., 1995).

El siguiente predictor es la coherencia social y tal como afirma Keyes (1998) ésta incluye un interés y preocupación por el tipo de mundo en el que se vive, de ahí que pudiera influir en esta empatía y sensibilidad social para hacer un mundo mejor; quizá el hecho de tener sentido de vida y cierta tranquilidad al sentir un mundo coherente hace que puedan desplegar esas habilidades y pensar en las demás personas; Keyes (1998) reportó que una persona con coherencia social se percibiría a sí mismo como recurso social, con deseos de cuidar de sus comunidades y sentirse seguros en ellas.

Se sigue con el individualismo vertical en negativo y horizontal como predictores; el IH aparece porqué, el pensar en sí mismo es importante también para comprender al otro, pero en su dimensión horizontal, ya que la vertical aparece para predecir de manera negativa: si hay persecución de metas individuales en un ambiente de jerarquía y relaciones desiguales ello no contribuiría a que la persona desarrolle la empatía. Después aparece el apoyo de la familia como predictor de empatía y sensibilidad, lo cual, de acuerdo a lo señalado por Sánchez-Queija, Oliva y Parra (2006), quienes sienten satisfechas sus necesidades emocionales en la familia y sienten vínculos seguros y afectuosos, estarán menos centrados en sus preocupaciones y podrán interesarse y ser sensibles a las necesidades de los demás, llevando posiblemente a conductas prosociales; también puede relacionarse con los aspectos de crianza y socialización que se adquieren en la familia, y ésta como el primer lugar

donde se puede recibir empatía y respeto que también se fomenta en la cultura mexicana (Díaz Guerrero, 2013).

Para la dimensión Bienestar físico, siete variables fueron significativas para el modelo de predicción. El primer predictor fue la integración social, siguiendo con lo planteado por Keyes (1998) que reportó una correlación significativa entre este aspecto y la salud física subjetiva aspecto confirmado por Blanco y Díaz (2006). El siguiente predictor fue el individualismo vertical lo que podría indicar el beneficio de estar enfocado(a) en sí mismo(a) y las metas; se sigue el predictor de apoyo familiar confirmando de nuevo el impacto positivo del apoyo social y/o su percepción en la salud (Domínguez et al., 2011; Feldman et al., 2008; Fernández, 2005; Hernández et al., 2004; Mahanta & Aggarwal, 2013; Vivaldi & Barra, 2013). Posteriormente aparece la coherencia social de la que se ha señalado su relación con el sentido de vida o con la satisfacción vital y, de igual manera correlacionó con salud física subjetiva en los estudios de Keyes (1998) y Blanco y Díaz (2006). Los siguientes y últimos tres predictores son las dimensiones culturales CH, IH que de nuevo señalan la importancia del colectivo, así como del interés en las metas personales, pero en condiciones de igualdad y equidad lo que lleva a la SMP, no así el individualismo vertical que predice que al haberlo se reduciría el bienestar físico.

A continuación, la dimensión de SMP autorreflexión fue predicha por cuatro variables; en primer lugar, dos de funcionamiento autónomo: la toma de interés y la autocongruencia; obviamente estos factores contribuirían a que una persona tenga mejor autoconocimiento y reflexión sobre sí y sus necesidades lo que le permitiría satisfacerlas y autoregularse. Un siguiente predictor fue el individualismo vertical confirmando que ésta dimensión cultural se asocia con atributos internos como el autoconocimiento (Páez & Zubieta, 2004), sin embargo el hecho de que sea vertical habrá que profundizarse en otros estudios, así como el papel del último predictor colectivismo horizontal que quizá se relacione con aspectos de autoconcepto grupal, la dimensión social relacionada con el autoconcepto es crucial para la población mexicana y los jóvenes (Díaz Guerrero, 2013; La Rosa & Díaz-Loving, 1991) quienes pueden

llegar a verse a sí mismos como uno solo con el grupo, piensan en sí pero al mismo tiempo en cómo se ven ante los demás; el autoconcepto se aprende a través de la relación entre la persona y su medio social (Cooley 1968 en La Rosa & Díaz-Loving, 1991).

Finalmente, para la ausencia de malestar psicológico se forma un modelo con 9 variables resultando la primera la Coherencia social, confirmando de nueva las evidencias de que esta dimensión del bienestar social influye en la ausencia de malestar; en las investigaciones señaladas los autores reportaron correlaciones de ésta con ausencia de síntomas psicológicos de disforia, irritabilidad, nerviosismo, malestar (Keyes, 1998) y con menos depresión y afecto negativo (Blanco & Díaz, 2006). El siguiente predictor fue el CV en negativo siendo que a mayor CV menor ausencia de malestar, hallazgo que difiere a lo teorizado por Triandis (2005) acerca de que el individualismo estaría más relacionado con el malestar psicológico. El siguiente predictor fue el apoyo social de la familia y posteriormente el de los amigos, ya se mencionó que posiblemente dicho apoyo impacta en la ausencia de malestar psicológico conformando la teoría acerca de estos aspectos en pro de la SMP.

La susceptibilidad al control aparece también como predictor negativo y ésta ha sido asociada a menor bienestar y salud (Weinstein et al. 2012); también el IV aparece como predictor negativo siendo que las relaciones verticales no aportan a una ausencia de malestar psicológico quizá por lo que menciona Triandis (2005) acerca del estrés que pueden generar la búsqueda de los valores como competencia, inequidad, jerarquía, en esta dimensión. Posteriormente aparecen los elementos positivos del funcionamiento autónomo (agencia) pero la toma de interés marca una predicción negativa; este aspecto habría que profundizarse en estudios posteriores ya que no hay investigación que relacione estos aspectos de esta manera, únicamente un estudio donde se relaciona esta dimensión con afectividad negativa pero no se profundiza (Weinstein et al., 2012).

Y el último predictor fue la aceptación social, confirmando que la confianza en los miembros de la sociedad hace sentir confort al rodearse de otros y otras y es análoga

a la autoaceptación impactando en mejor salud mental (Keyes, 1998); la aceptación social ha correlacionado fuertemente de manera negativa con la anomia (vínculos sociales debilitados, pérdida de fuerza de la sociedad para integrar y regular a las personas según Durkheim en 1987) (Keyes, 1998) y ésta a su vez con el suicidio; en el mismo estudio correlacionó negativamente también con síntomas psicológicos de malestar y con depresión y afecto negativo en otro (Blanco & Díaz, 2006).

## Fase Cualitativa

A continuación, se presentan los resultados citando los argumentos textuales de las y los participantes, a quienes se identifica con seudónimos, señalando su edad para construir una imagen de su discurso. Los datos de las y los entrevistados se observan en la Tabla 44.

Tabla 44. Datos de las y los jóvenes entrevistados

Edad	Sexo	Carrera que estudia	Tipo de escuela
19	Hombre	Enfermería	Pública
20	Hombre	Medicina	Privada
20	Mujer	Mercadotecnia	Pública
21	Mujer	Contabilidad	Pública
20	Mujer	Mercadotecnia	Pública
19	Mujer	Mercadotecnia	Privada
19	Hombre	Contabilidad	Privada
19	Mujer	Contabilidad	Privada
19	Hombre	Arquitectura	Privada
24	Mujer	Mercadotecnia	Pública
19	Hombre	Contaduría	Privada
19	Mujer	Administración	Privada

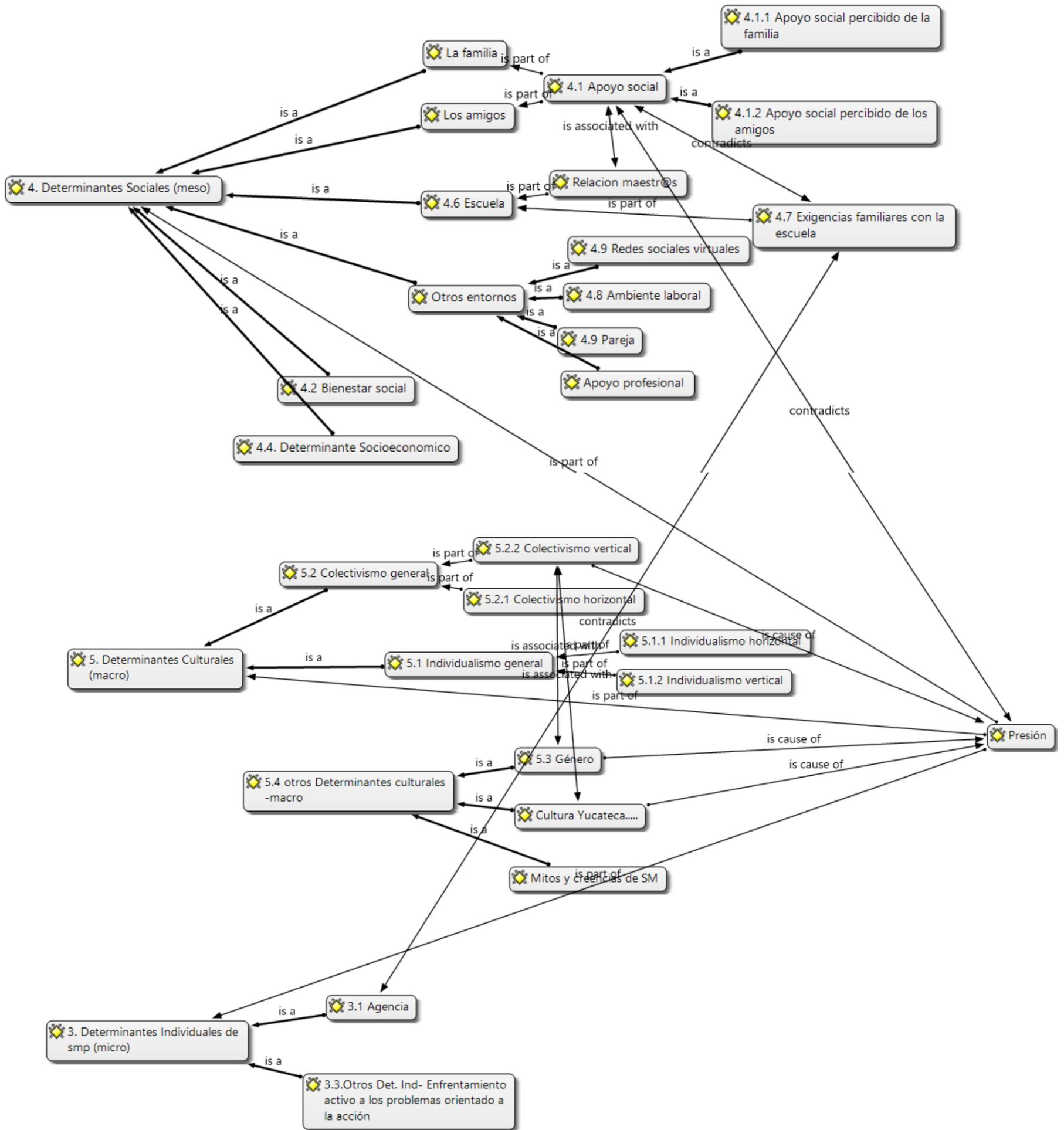
Se analizaron 12 entrevistas a jóvenes universitarios de escuelas públicas y privadas, de los cuales 5 pertenecían a escuela pública y 7 a escuela privada; fueron 7 mujeres y 5 hombres con edades de 19 a 24 años. Participaron estudiantes de las siguientes licenciaturas: administración, mercadotecnia, medicina, contaduría, arquitectura y enfermería. Todos originarios de Mérida Yucatán, 9 viven en el hogar

familiar nuclear con su madre y padre, dos vivían solo con su madre y un último vivía con sus abuelos. En cuanto al estado civil, todos solteros.

El proceso de análisis se realizó primero de manera manual y en un segundo momento con el apoyo del *software* de análisis de datos cualitativos Atlas ti 7.5. Se determinaron las unidades temáticas y los temas centrales mediante cuatro fases: 1) codificación, a partir de la cual se generan citas textuales de los discursos de los entrevistados para codificarse (Strauss y Corbin, 2002); 2) esquematización, que implica la organización de la información por medio del uso de mapas semánticos mostrando las mega categorías, categorías y subcategorías (ver Figura 13) y tablas de códigos y documentos primarios (Anexo 6); 3) descripción, en donde se generan enunciados a partir de los mapas semánticos; 4) el proceso de teorización, el cual unifica el dialogo teórico entre el marco teórico construido y los datos empíricos (Martínez, 2004).

Las estrategias de saturación utilizadas para la construcción de significado fueron: a) Frecuencia de categorías, mientras más elevada sea su repetición, más alta será su importancia; b) Densidad teórica, son aquellas categorías que se encuentren asociadas a otras; c) Jerarquización, dividir la categoría en otras ocasionando que sean más comprensivas y d) Representatividad, se manifiestan como mínimo una vez en cada documento primario (Miles, Huberman & Saldaña, 2013).

Figura 13. Mapa semántico de categorías y subcategorías (elaboración propia)



Hasta el momento, para los participantes la salud es un estado integral que engloba funcionamiento, bienestar, conductas saludables cuyo componente más importante es lo mental; porque “todo está en la mente, todo está en ti, la mente sirve para todo”. Esta perspectiva coincide con los enfoques y teorías de salud positiva propuestos para abordar los problemas y potenciar las capacidades humanas (Antonovsky, 1987, 1996).

Para estos jóvenes la salud mental es un sentimiento de autoestima y capacidad de aceptación, individual, colectiva, capacidad de autoeficacia (yo puedo), habilidad para enfrentar dificultades, sentirse bien en el ambiente propio independiente de los problemas que tengas que enfrentar. Esto concuerda con los planteamientos y hallazgos del constructo salud mental positiva en otros estudios (Barrera y Flores, 2015; Keyes, 2002; Lluch, 2002).

De acuerdo con el análisis (ver Figura 13), hasta el momento, las categorías surgidas que representan las principales influencias que determinan la salud mental de las y los jóvenes son: Determinantes sociales, determinantes culturales o macrosociales y determinantes individuales.

### **Determinantes sociales.**

Los determinantes sociales fueron los más significativos y se dividen en seis subcategorías por orden de importancia: La familia, los amigos, la escuela, otros entornos, bienestar social y determinante socioeconómico.

En cuanto a la familia y los amigos, el aspecto más significativo en estas dos subcategorías fue el apoyo social, en primer lugar, el de la familia dado a la densidad de ésta categoría:

*“pues...me imagino que, o sea yo creo que el apoyo de los papás, o sea eso es muy importante... pues que, por ejemplo esten, yo creo que es importante el , el... el apoyo amoroso? o como decirlo? que te apapachen...el afecto cuando por ejemplo, no sé, tengas algún problema en la escuela o que, o que estén...*

*sientas que no puedas o no sé, te digan que si puedes, que te echen porras, estén, yo creo que es eso, que te echen porras más que nada y que estén contigo durante todo el transcurso” (Joel 19, 2:14).*

*“Si hubo personas que sus papás de plano no lo apoyan o los obligan a estudiar carreras que no quieren, por ejemplo tengo un compañero que su, su papá, su abuelo es, o sea el vive con su abuelo y su abuelo es, su abuelo como quien dice lo obliga, él le paga la universidad, entonces lo obliga a estudiar medicina, obviamente no le gusta estudiar medicina, entonces para el es una tortura y obviamente siempre está pues no rinde igual, no le importan lo suficiente las clases, obviamente a lo mejor en algún momento le va a encontrar el gusto pero pues no es la idea de encontrarle el gusto ¿no?, sino como tenerlo y como maxificarlo y pues esas cosas aja, que te apoyen yo creo que si influye bastante” (Jonás 20, 12:19).*

Así, se pudo observar un aspecto que surgió y que puede afectar negativamente la SMP es la falta de apoyo familiar y las exigencias escolares, de la misma escuela y de la familia.

A nivel escolar también apareció la relación del apoyo de los amigos y tener un grupo de amigos en la escuela como algo muy importante, además de una buena relación con algunos maestros, que, de nuevo, te proporcionen apoyo.

*“muchísimo eemm tanto mental como física, los amigos para los adolescentes son, sumamente importantes, no puedes estar en un ámbito académico si no tienes mínimo compañeros, no, principalmente en el sistema, si partimos de la facultad, en el sistema en el que estamos: MEFI, te prohíbe absolutamente trabajar solo, no puedes trabajar solo y a quienes se les hace difícil relacionarse es como que usted entra al salón y diga “fórmense en equipos de 5”, va a verlos así, rapidísimo, son los que se van a acercar a decirle: “ no tengo equipo”, y muchos de ellos están deseando que les digan: “trabajen*

*solos”, entons, dices, esa misma persona, podría ser del círculo conservadora así de “no me interesa la sociedad bla”, o tal vez está dentro del círculo no aceptado y no lo quiere demostrar también puede ser, pero las amistades también influyen mucho en “que aceptó, que olvido de lo que mis papás me han enseñado y que puedo aprender”(Ana, 20, 3:25).*

Para la subcategoría de otros entornos, mencionaron en menor medida la influencia (más negativa que positiva) de las redes sociales virtuales con las que a veces las y los jóvenes buscan cubrir esas necesidades de apoyo familiar:

*“ Pues, estee... yo lo veo mucho con mis compañeros, yo me, recibí la educación de por ejemplo el teléfono en la mesa está prohibido, ehhh eso a mí me quita el chance de tomarle foto a todo, cuando estas en una salida con amigos, no puedes usar el teléfono, solo “lo vas a usar cuando me llames, para que yo te vaya a buscar” y mis compañeros no tienen esa cultura, es un “como yo cómo solo”, “como mis papás nunca están”, que hago? pues pongo mi video en facebook y pues todo empieza así, o mi hermanita así empezaba, tomo una foto a mi comida y se la envió a mamá; “mamá, estoy comiendo”, “ah está bien” y ya luego ya no pasó de ser “mamá estoy comiendo” pasó a en instagram “miren que estoy comiendo”. Y todos “ah corazoncito, oye invítame que no se qué”, hay una reacción de por medio, y si mi mamá solo ve y no le contesta, al contrario de sus seguidores le contestan, entonces es un “ah le importo a”, infieren que, cuando a veces sólo están pasando y ah pues le dan corazoncito y ya, no quiere decir que de verdad les importe el hecho de que esa persona esté bien” (Ana, 20, 3:10).*

Otros entornos menos significativos señalados como influencia en su SMP fueron el ambiente laboral, la pareja y el apoyo profesional de un psicólogo o psicóloga por ejemplo ya que fueron códigos con poca densidad al realizar el análisis.

Siguiendo con la subcategoría socioeconómica, la cual fue señalada como influencia para la SMP o para el malestar, influye, sobre todo, en las limitaciones que una persona pueda enfrentar en su vida universitaria, que le suma más presión pues no pueden acceder a oportunidades o tienen que buscar trabajos extras; para algunos el hecho de tener bienes materiales y necesidades económicas cubiertas ayuda al bienestar:

*“pues tratando de tener lo que debe tener una casa o un hogar. De tener una estabilidad económica como había dicho, familiar y pues entre la sociedad, la familia, amigos, entre primos, todos” (Joel, 20, 2:25)”*.

*“Igual es muy importante si tienes muchos problemas no sé, económicos, o que tus papás estén enfermos o lo que sea es como que te puede afectar mucho en la convivencia porque pon tu si los problemas económicos es como que tus papás van a estar de que: “no, necesitamos dinero” y es como que tú vas a estar frustrado de que por más de que no los puedes ayudar bastante tipo con , este, en que eres estudiante y no te pagan mucho, o problemas en enfermedades, bueno a mí si me pasó eso y mis papás gracias a Dios siguieron adelante respecto a eso yo siento que en ese momento no pude hacer mucho pero si te puede llegar a frustrar saber que no puedes ayudar a tus papás” (Etel, 21, 4:24).*

Por último, en la subcategoría bienestar social, un aspecto que se logró identificar de éste fue la importancia de la integración social, el sentirse integrados y no rechazados por su sociedad es importante para su salud mental y en este sentido esta subcategoría se relacionó con influencias negativas de la cultura que se analizan más adelante, es decir que, en la experiencia de los participantes la cultura puede influir negativamente en el sentimiento de integración a la sociedad afectando el bienestar social y a su vez a la salud mental:

*“Estén, o sea siento influye lo que tu sientes que piensan de ti pero si te importa, aunque pues, conozco mucha gente que sí le importa así que sí, la sociedad puede influir, o sea lo que piensan en general los demás, las cosas que se supone que son ya establecidas por la sociedad y tu no vas con ellas, luego la gente si se siente rechazada porque, alguien lo rechaza, porque hay un grupo de gente que no le agrada eso... Entonces eso si forma el carácter de una persona y puede como que hacerlo más fuerte o deprimirlo” (Aly, 20, 1:104).*

### **Determinantes culturales.**

La segunda categoría en importancia por su densidad fueron los determinantes culturales; estos se dividieron en subcategorías: colectivismo general, individualismo, el género, la cultura yucateca y los mitos y creencias alrededor de la salud mental.

En cuanto al colectivismo-individualismo si bien se observan en el discurso y experiencias las cuatro facetas (colectivismo vertical y horizontal, individualismo vertical y horizontal), la que más resalto fue el colectivismo, reflejado en las palabras de los participantes y de cierta forma reflejando la tendencia cultural de esta población:

*“Hm... a ver, en valores, o sea, por ejemplo, ser responsable, o sea los valores a que conocemos, ¿no?, que al fin y al cabo siento que por algo son valores que por algo te enseñan desde muy pequeño, ¿no?, o sea al fin y al cabo eso te llevas según lo que dicta la sociedad, al fin y al cabo creo que es lo correcto, lo que debe ser, o sea, si... y en cuestión a consciencia, yo creo es eso, o sea, el bien propio y el bien común, o sea, juntarlo, o sea, tener consciencia de que igual tú estás primero, pero al fin y al cabo no vas a afectar a alguien más, es tu consciencia, y... por lo demás me refiero a todo: medio ambiente, sociedad, etcétera, etcétera...” (Mercedes, 19, 9:16).*

En este sentido, sobresalió el colectivismo vertical con aspectos positivos como los señalados valores, la unión familiar, por ejemplo, pero sobresalió más la influencia negativa para la SMP en el sentido de cómo afectan las reglas y normas inflexibles, el

deber ser para agradar a otros, las apariencias sociales y como afecta en aspectos como la identidad de género, la elección de la carrera que se estudia, o el qué dirán:

*... “ es como ‘yo tengo que ser así para que la gente me acepte no?’ , siento que se da mucho mucho aquí, en particular en Mérida Yucatán...Exactamente el qué dirán...Por quedar bien aja, y siento que muchas personas actualmente de mi edad lo siguen haciendo... o sea aja regresamos a la vulnerabilidad, la misma, la misma necesidad de tratar de querer encajar en algo hace que se orillen a eso pero así como hay personas que hacen eso y les va bien, hay personas que hacen eso y les va muy mal, hay personas que no lo hacen igual les va bien, ¿me explico?, o sea yo no considero que, no me considero una persona que me guste ser así, obviamente todos terminan teniendo ciertos comportamientos que la sociedad te orilla o sea te ha enseñado porque creces en ese ámbito ¿no? Pero hay muchos comportamientos en cuanto a, los que te enseña tu familia o de dónde vienes o...como son... o tu misma personalidad que hace que no los hagas... por ejemplo, cuando yo estaba en más pequeño, en secundaria, mi hermana mayor y yo nos llevamos año y medio pero generacionalmente en la escuela nos llevamos una generación, entonces ella si entró como que en su lapso de querer quedar bien con todos, hasta cambiar el modo de hablar y tu forma de expresarte con las demás personas, inconscientemente pero lo hacen y pues ella lo hacía y pues yo siempre fui una persona que pues la neta nunca me ha importado, o sea, si hay cierto grado de importancia que le doy y le tomo a la opinión general de los demás porque siento que igual es constructivo para mi persona y me ayuda a crecer o cambiar o mejorar pero hasta donde deje, no me perjudique ¿no?, ya cuando me empieza a perjudicar y tengo que empezar a cambiar cosas nada más para que los demás me acepten ya siento que es perjudicial para mí y para mi bienestar y eso ya no está chido, entonces yo creo que eso influye mucho en cuanto a cómo relacionarse con los demás y particularmente en Mérida siento que se da mucho el prejuicio, el estereotipo, no, no te estoy hablando de que todos porque*

*ya ahorita hay muchísimas personas de fuera, la globalización, el internet, las redes sociales, todo eso ha hecho y ha ayudado a que dejen de hacerlo pero sigue estando como que ese granito allá como de quererlo, de persistencia... Si yo creo que si, igual, fuera de aquí, yo creo que el mexicano tiende a ser así como muy muy 'yo' y muy 'nosotros'” (Jonás, 20, 12.25).*

En este sentido se observó una estrecha relación del colectivismo vertical con otros determinantes culturales: género y cultura, donde los participantes coincidieron en que la sociedad yucateca es conservadora y cerrada, en cuanto a la aceptación de personas diversas en sexualidad, pero también de otros lugares de México como expresiones discriminadoras y de rechazo; también en que a veces las normas familiares son inflexibles y si te sales de todo eso viene rechazo familiar o social. En cuanto al género algunos tocaron el tema de que hay diferencias en la influencia de éste en hombres, mujeres y personas de la diversidad sexual:

*“Por ejemplo cierto tipo de xenofobia, como con los extranjeros que si son, si viven aquí eh, obviamente crecen aquí y todo pero siguen siendo extranjeros y nadie les va a quitar que son extranjeros para un mexicano y a pesar de que viven aquí, crecen con ellos y tienen todos tus rasgos culturales y sociales, pues sigue habiendo como el repele de “ si, nosotros somos los mexicanos y tu sigues siendo de allá”, ¿me explico? Algo así” (Jonás, 20, 12:25).*

*“Yo siento que Mérida es muy clasista, o sea todo se determina en la jerarquía social que tengas... pero siento que las generaciones futuras a lo mejor puedan cambiar un poco su chip, tal vez no completamente porque al fin y al cabo, siempre vas a seguir lo que la familia te enseñe y al fin y al cabo la mayoría de las familias son clasistas... entonces yo creo que ahí viene todo, no de tus antecedentes, de tus experiencias que tengas y al fin y al cabo esas experiencias que tienes, pues de dónde vienen, pues de donde tu vives y entonces obviamente va a influir.... Por ejemplo en este clasismo yo creo que puede afectar en lo que es, la discriminación, en el clasismo puede haber mucha exclusión, hay gente*

*que en específico son vulneradas o vulnerables... y eso puede afectar en la salud mental de una persona, puede entrar en depresión ,puede...no sé tener conductas sociópatas no sé, puede llegar a perder la cordura, yo siento por el contexto no sabe lo que está pasando una persona, y más si no le dices ese hola , o ¿Cómo estás?, no tanto eso, no afectándole diciendo nada, porque a veces llega uno hasta la ofensa, no, porque eres de otro color, ese pensamiento hacia la mujer, gente que tiene ese pensamiento retrógrada que la mujer es inferior, muchas mujeres pueden llegar a la depresión por eso, violencia, en fin hay demasiado contexto” (Mercedes, 21, 9:25).*

Finalmente, en las influencias culturales se observó como los mitos, prejuicios y falta de información sobre salud mental y su atención impactan en la expresión, inhibición, o acción alrededor de dificultades o potencialidades de SMP y ello se relaciona a su vez con la parte cultural colectivista vertical y la susceptibilidad al control:

*“Emm... pues, por lo que es nuestra cultura, de hecho antes, hasta hace unos años, no tan pocos, o sea, se creía que el que iba al psicólogo estaba loco, era la creencia, ¿no?, era el estereotipo, pero pues, últimamente ha cambiado, la gente ya va a terapia, no toda, debería ser todos, yo creo que la gente necesita alguna terapia, por ejemplo, o sea, te puedes dar cuenta que tienes tal como que todos, es de miedo, o sea, ¿qué me va a....a examinar... y a lo mejor nada más es una plática, o sea, normal de cómo estás, yo creo que, ¿cómo le dirían?, que el que nada debe nada teme”(Mercedes, 21, 9:39).*

Otro aspecto relacionado es la dificultad de reconocer cuando se tienen un problema de salud mental o emocional y no querer pedir ayuda o no tener a quien pedirla o con quien hablar de sus inquietudes.

### **Determinantes individuales.**

A nivel individual se refleja la influencia en la salud mental de los jóvenes de aspectos como la agencia, principalmente de manera negativa pues se reflejó que los jóvenes muchas veces actúan en contra de sus propios intereses y valores y más bien lo hacen por presiones internas o externas como obediencia, por el deber ser, porque es lo que se espera de ellos, como el factor de susceptibilidad al control señalado en el índice de funcionamiento autónomo en la fase cuantitativa.

*“Si, bueno igual la misma escuela afecta mucho porque pues... las exigencias que tienen en tu casa con la escuela y las exigencias que tú tienes con la escuela, luego afectan mucho en lo que piensas de ti mismo y en lo que quieres. Y o sea, yo he conocido gente toda mi vida que es super matado en la escuela ni siquiera porque le guste estudiar sino porque en su casa le exigen y en la universidad siguen haciendo eso... pero, al fin y al cabo la forma en que su mente trabaja pues no es la mejor porque no es positivo, es negativa es como que: ‘voy a ser el mejor para ver en qué momento me salgo’ en vez de ‘voy a ser el mejor porque yo quiero ser el mejor o sea yo quiero lograr esto’. O sea, no están buscando algo para ellos, están buscando algo para alguien más” (Aly, 20, 1:23).*

Sin embargo, aunque en menor medida, también se observaron algunos aspectos positivos al respecto que reflejan la agencia de los jóvenes como influencia en su SMP:

*“una persona que... tiene buenas convicciones, sabe lo que quiere, de que como lo sabe, lucha por ello y no deja como que los demás lo hagan a un lado o lo hagan menos aahh... es una persona que...es feliz” (Aly, 20, 1:89).*

Finalmente, un aspecto que surgió con fuerza fue la subcategoría denominada presión la cual se relaciona con lo individual, social y cultural y que puede poner en

riesgo la salud mental de los jóvenes. Mencionan la tensión y desgaste físico que genera la carga de responsabilidades que a veces tienen entre las expectativas familiares, escolares y sociales, la carga de trabajo escolar, familiar y laboral ya que en este caso varios trabajaban o hacen prácticas profesionales, además de actividades extraescolares como deportes que algunos también llevan y la vida social que tienen que llevar también con sus pares y en algunos casos las relaciones de pareja; también señalan la importancia del cambio prepa-universidad en todo ello y en su propia identidad, incluyendo sus expectativas a futuro. Así el tratar de equilibrar el tiempo, el rendimiento en estas áreas puede ser una gran fuente de estrés, estos hallazgos coinciden con otros estudios al respecto desde otros enfoques sobre la salud y malestar de los jóvenes universitarios (Mosqueda, et al., 2017; Silva-Gutiérrez y De la Cruz-Guzmán, 2017).

*“Eh... yo siento que depende como que, o sea, ahorita me siento bastante bien, o sea, no siento que tenga algún problema mental, eh..., pero sí hay momentos en los que como que siento que no, o sea, algo que igual como que no comenté que igual siento que es muy importante de que dedicarte tiempo a ti mismo, o sea, de que no siempre es para los demás, o sea, si tener un momento para ti mismo y siento que cuando me da, como que cuando logro pues administrarme a mí mismo, o sea, siempre así todo, como que puedo dedicar algo a mí mismo, sí tengo una muy buena salud mental, que es normalmente lo que trato de hacer, pero sí hay momentos en los que me gana como que el estrés, me ganan las actividades que tengo, me gana la escuela y no puedo dedicarme ese tiempo y llega un momento en el que como que, este..., exploto, o sea, como que mi salud mental como que se pierde por completo” (Elías, 19, 6:32).*

*“¿Universitarios? Mal, la verdad... Porque siento que el trabajo, el estrés de la escuela les afectan mucho y hacen que sean personas agresivas, prepotentes y en realidad si la carga disminuyera no serían así... Influye mucho, generan conflictos que no se deberían generar porque en realidad no lo hay, pero hacen*

*un problema grande, porque como son tan aturdidos y saturados de todo, no ven la solución de cosas tan pequeñas.” (Aurea, 19, 8:8).*

*“Eeem , puede ser... siento que a veces la universidad, no toma en cuenta la vida personal, te exigen algo y es así, ya sabes, entiendo lo que es la responsabilidad...como algo muy importante, pero considero que a veces, algún alumno puede estar sometido a demasiado estrés...Y no toman en cuenta eso, a lo mejor pláticas para combatir el estrés, o como combatir la ansiedad, que tienen los alumnos puede ser un poco más de apoyo a la cuestión de la sm, que se tome un poco más en cuenta” (Mercedes, 21, 9:27).*

*“Desde luego el estrés y la ansiedad, porque aquí en este contexto, yo lo vivo, está bien que te exijan, o sea académicamente en mi rendimiento, pero eso, te genera mucho estrés, ansiedad – hoy toca hacerlo- y luego tengo que exponerlo, la parte que genera más problemática en los jóvenes y luego la presión social...Pues que vas a una fiesta, y luego que toma, toma y pues tomas, porque te sientes presionado, hmm y todo, ahorita las redes sociales” (Alonzo, 19, 10:9).*

*“Bueno yo creo que, en cuanto a los jóvenes hay como que una pues no es como que un bajón en cuanto a salud mental sino que, en el momento en el que entras a la universidad como que te abres un panorama de lo que realmente, a lo que realmente te estas afrontando ¿no?, o sea cuando estas en la prepa, secundaria y así pues tu piensas más en familia, en “hay si, cuando se agrande voy a hacer tal y tal”, pero ya cuando estas como que, en la universidad!, además de todo el estrés obviamente académico, social, económico, etc, etc...Además de todo ese estrés como que te entra como... una cierta ansiedad de pérdida ante tu identidad ¿no? O seá te das cuenta de que tú eres insignificante em cuanto a lo que tu creías que era tu mundo ¿no?, o sea que hay algo más allá. Yo siento que eso bueno, en lo personal eso me paso a mí al principio de mi carrera y fue cuando, obviamente yo entré a los 18 años a la carrera, los acababa de cumplir*

*entonces igual estaba como que en ese proceso de “¿que soy, que quiero hacer con mi vida?, ¿quién soy?, ¿cómo quiero desenvolver todo eso?” (Jonás, 21, 12:8).*

Entonces si no se tienen los recursos personales, familiares o escolares, especialmente de apoyo y aceptación e integración social, si no pueden desarrollar también su propia individualidad de manera sana y abierta, es probable que se afecte su salud mental y se traduce en aspectos mencionados como: buscar la satisfacción en una sola relación significativa, en las redes sociales, en las series de tv, en las adicciones, hundirse, explotar. Cuando el problema no se soluciona puede venir problemas como la depresión o ansiedad. En este sentido se puede considerar un reflejo de la presión que las estructuras sociales (macro) como la cultura o las desigualdades sociales pueden llegar a ejercer en los microsistemas como la familia, o mesosistemas como la escuela y es ahí donde dichas estructuras tienen accesos para desarrollarse en la agencia o por el contrario son estructuras cerradas que generan violencia estructural como la explotación, la discriminación entre otras (Vázquez et al.,2015).

### **Discusión.**

La información recabada refleja poco autocuidado en salud y salud mental en este grupo de jóvenes, pero mencionan que tampoco ha sido importante en la familia ni en la sociedad ni en la escuela. La salud mental es un tema del que no se habla, hay tabús, prejuicios son temas delicados. Los jóvenes no aceptan cuando tienen un problema o requieren ayuda o no la piden por vergüenza acerca de las creencias alrededor, “se cree que está loco”.

Los resultados se complementan con la hipótesis de la fase cuantitativa acerca de la influencia del apoyo social familiar y de los amigos y se confirma la importancia del apoyo social para las y los jóvenes universitarios y además se anexa la importancia de la relación maestro-alumno. Sigue siendo crucial la familia, lo que también coincide con la tendencia colectivista de esta población. En la vida universitaria los principales

factores para una SMP también lo son: una buena relación maestra(o)-alumnado, fomentar el reconocimiento y apoyo emocional a los jóvenes universitarios y principalmente la formación de amistades en el entorno escolar y fuera de éste (como en entornos laborales o deportivos); nuevamente aparece la importancia del apoyo social percibido en este caso de los amigos.

Otros aspectos familiares importantes mencionados en menor medida fueron la buena comunicación, la convivencia, el reconocimiento de los logros y tener buena relación con las figuras materna y paterna, así como una delimitación de las responsabilidades.

Todos contestaron que su salud mental podría mejorar y la de los jóvenes universitarios en general, que tienen o han tenido problemáticas de esta índole, pero a veces “las dejan así” “que se resuelvan solas” o tienen otras prioridades.... Mientras sigan funcionando (como sea) en sus actividades no buscan ayuda o se cuidan, porque creen que no les pasará nada; hallazgos que no se han observado en otras investigaciones específicamente sobre salud mental.

La afectación más mencionada en la salud mental de las y los jóvenes fue la depresión que se puede relacionar con el abandono escolar, el abandono de sus relaciones, el abandono de sí mismos, y de su salud física en su expresión: “dejar morir”. Porque como mencionaron “la salud mental hace que todo funcione” y “si no está bien te afecta lo demás” lo que coincide con las estadísticas sobre malestar mental (OMS, 2013; SSY, 2015).

Esto concuerda con la noción generalizada que tienen los jóvenes sobre sí mismos y de la sociedad acerca de poseen salud “*per se*” por el hecho de ser jóvenes (Guzmán, 2010). Y además es un reflejo de las prioridades que ellos tienen tanto en sus sistemas sociales como familia y escuela, la prioridad número uno es cumplir con la escuela, el rendimiento académico y la inserción laboral, la competencia y se puede

demeritar la vida y convivencia familiar, el cuidado mismo de la salud y la comunicación.

Sin embargo, todos reconocen o comentan que la salud mental es muy importante y necesaria, coinciden en que es una dimensión primordial de la salud pues de ahí emana todo lo demás. Que es necesaria para lograr un desarrollo pleno, conseguir metas en la vida y que sin ella no se puede hacer nada. Y ahí la conjunción entre la visión del desarrollo humano (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014; Sen, 1990 en Sarmiento Juárez, 2017) y la salud mental (OMS, 2013).

En este sentido, los jóvenes participantes tienen la consciencia de la importancia de una salud mental positiva, sin embargo también se refleja falta de cuidado a esta e invisibilización; lo cual se relaciona con una falta de cultura e información al respecto, así como de las creencias alrededor de ésta que todavía se liga en menor medida con el significado de locura asociado a la exclusión y discriminación tal como reflejó Foucault (1986); en palabras de los participantes:... “si dices que vas al psicólogo van a decir que estás loco” (...) “hablaran de ti, se alejarán o burlarán...”. Esto revela creencias relacionadas al estigma que coinciden con otros estudios sobre significados de salud mental (García y Andrade, 1994).

Finalmente, los jóvenes también reconocen sus capacidades en salud mental que se podrían traducir teóricamente con sus capacidades de agencia, se conciben con facilidad de adaptación y búsqueda de soluciones, atreverse a cambiar si algo no resulta y cuando hay una verdadera unión para ayudarse es una fortaleza, tener autoconfianza. Sin embargo, es un punto para trabajar también por la cuestión del control y de que muchos hacen las cosas por apariencias o presiones.

Según lo reflejan los participantes una buena salud mental se refleja en capacidades que te pueden llevar a la consecución de tus metas, a superar los problemas, a tener relaciones sociales satisfactorias, a quererte a ti mismo, a cuidar tu salud física y con ello lograr hacer cosas en la vida.

Esto concuerda con el enfoque de las capacidades de Sen (1988) y lo planteado en los modelos de salud mental positiva pero con los elementos particulares de este grupo de participantes que aporta información relevante, que es un reflejo de lo que ocurre en su salud mental y las concepciones sociales acerca de ésta, alertándonos de la importancia de informar más del tema, incluirlo en la formación universitaria y promover esa salud mental positiva en pos de un desarrollo pleno, tal como afirman Blanco, López y Rivera:

El término desarrollo humano incluye tanto el proceso de ampliación de oportunidades de los individuos, como el nivel de bienestar que han alcanzado; es decir, la formación de capacidades humanas -tales como un mejor estado de salud, conocimientos, destrezas y el uso de las capacidades adquiridas- para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas. Esta forma de entender el desarrollo es más integral que los enfoques convencionales sobre crecimiento económico, formación de capital humano y necesidades humanas básicas (Blanco, López y Rivera, 2015 s.p.).

Por otra parte, la mayoría si no es que todos resienten el cambio de estar como más protegidos, vigilados y apoyados antes de la universidad, notando el cambio drástico de que al entrar a la universidad estas “solo”, “ya estas por tu cuenta”, etc; tanto por parte de la escuela, sociedad como de la familia, mencionando que creen necesario que se siga dando al menos un tipo de apoyo psicoemocional al alumno.

Coinciden también los jóvenes hasta ahora en esa experiencia de mucho “estrés, que los puede llevar a explotar, presión, explotación” por parte del sistema escolar, combinado con lo social y familiar, que se les exige mucho más, pero ahora están solos y cuidan de sí prácticamente; cuando muchos necesitan apoyo, se sienten confundidos, ni siquiera están seguros de lo que están estudiando, trabajan, tienen pareja, etc, etc. Se expresa en su discurso como el sistema escolar y social exige buenas calificaciones, números a costa del estrés, cansancio, mala alimentación, descuido del sueño, etc; es

decir, a costa de su salud mental y que no hay las suficientes herramientas que les ayuden a potenciarla y que sea un recurso para el crecimiento académico, personal, laboral y social; sino, al contrario ese descuido puede llevar a problemas más serios como adicciones, depresiones, trastornos del estado de ánimo, conductas agresivas, deserción escolar. Esto nos refleja también la parte de una sociedad individualista vertical donde la competencia y el producto a costa de las relaciones sociales es lo más importante o a una colectivista vertical donde es más importante seguir la tradición y las relaciones se basan en jerarquías y en la obediencia. Ello es un punto importante para profundizar a futuro.

En otros temas como la carencia socioeconómica, la ven de diferentes ángulos, algunos concuerdan con que si afecta (mayormente quienes la viven) y otros mencionan que al final depende de ti, de cómo se enfrenta en el interior de la persona (les han contado o así lo ven), pero en suma es un aspecto que surge con importancia y que coincide con los planteamientos teóricos sobre los determinantes sociales de la salud (Álvarez Castaño, 2009, Barry, 2009) y así mismo con lo encontrado en la fase cuantitativa.

#### Capítulo 4. Conclusiones generales

Los resultados hallados, evidencian que la mayoría de las y los jóvenes encuestados reflejan niveles medios a altos de salud mental positiva, sin embargo, es de tener en cuenta que algunos jóvenes también manifestaron niveles bajos y muy bajos de ésta. Además, se observó que, las y los entrevistados no suelen pensar mucho en su salud mental; todos tuvieron que tomar varios minutos para contestar al respecto y hacer una reflexión; a todos les pareció un tema de suma importancia, esencial para la salud, pero poco abordado; en el que poco han pensado y reflexionado y más, al preguntarles sobre los aspectos positivos de la salud mental.

Ello, se observó al realizar las aplicaciones de las encuestas y al hacer las entrevistas; el decirles que era un estudio sobre “salud mental” les causaba gran curiosidad, incluso sorpresa o temor; hacían comentarios de que es un tema difícil en el cuál no suelen pensar y también evocaban mucho el significado negativo de la misma a través de la enfermedad mental y la “locura”; algunos comentaron que pensaban que se les iba a evaluar si tenían alguna enfermedad mental, por lo que había que aclarar este punto antes de las aplicaciones y entrevistas. Sin embargo, varios de los que contestaron la encuesta, dejaban anotado al final un agradecimiento porque les sirvió como ejercicio para conocerse en aspectos que usualmente no suelen pensar o darse cuenta; y en las entrevistas, se tomaban tiempo para pensar en los aspectos positivos de la salud mental y sus fortalezas, comentando varios, que les agrado platicar y pensar sobre estos temas que usualmente no se tocan.

Las y los jóvenes entrevistados manifestaron darse cuenta (porque lo tuvieron que pensar al preguntarles) de que la salud mental es muy importante para la salud general y para casi todo, pero al mismo tiempo aceptaron que casi no le dan atención y cuidado. Así, podemos concluir que, en las experiencias y significados de estos jóvenes la salud mental aún se refleja como un tema tabú, lleno de prejuicios y ligado a la enfermedad mental, la locura o el estigma. Por ello se concluye que, aunque se refleja buen nivel de SMP en los resultados mixtos, los jóvenes no están conscientes de esto y

muy parecido ocurre con la parte de los determinantes de SMP, aunque ahí fue más manifestado que la parte individual y familiar son importantes.

Todo esto refleja de nuevo la importancia de la salud mental y una necesidad de promoverla, en especial a la SMP, como recurso y capacidad para la vida; si las y los jóvenes tuvieran mayor conocimiento de cómo se encuentran en su salud mental y de sus fortalezas o las que pueden mejorar contarían con más recursos para su desarrollo. Y como se ha mencionado, individuos sanos pueden incidir en el ambiente social y económico a su vez (Sarmiento Juárez, 2017).

En los encuestados, se observó que el ejercicio de participar en la investigación les hizo más conscientes de su capacidad y sus fortalezas y de cuáles serían los factores que influyen para tener una SMP; por lo tanto se sugiere promover y visibilizar el tema a través de intervenciones y políticas escolares pues el hecho de hacerse conscientes de su SMP y determinantes potenciaría esta capacidad en pro de su desarrollo integral, de una adaptación satisfactoria (para ellos) al medio, para consecución de metas de vida y como una herramienta para enfrentar los problemas y situaciones de riesgo que les rodean; así como aprovechar los beneficios del apoyo social, la agencia, el bienestar social y los aspectos positivos de una cultura horizontal. De ahí que se sugiere que es necesario introducir estos temas como intervención o materia escolar, sin olvidar que en políticas públicas dirigidas a jóvenes este tipo de información también puede ser de utilidad para campañas publicitarias o programas de atención y promoción a la salud.

Por otra parte, llama la atención que el Bienestar cognitivo emocional (la vivencia de emociones positivas en la vida diaria, satisfacción hacia la propia vida y consigo mismo) de SMP reflejó puntuaciones altas coincidiendo con lo reportado con autores Latinoamericanos y en México con el INEGI sobre las altas cifras de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en jóvenes; más sin embargo, pareciera contradictorio si se compara con los altos niveles de depresión, malestar o suicidio igual reportados. En México se ha reportado en reiteradas ocasiones a lo largo de varios años de investigaciones, que una de las características que describen el autoconcepto de las personas mexicanas es el ser alegre pero también la tristeza se reporta como una

de las principales causas de psicopatología en México (Díaz Guerrero, 2011), este tipo de cuestiones se sugiere profundizarlas en estudios posteriores.

El objetivo principal de este estudio fue comprobar la importancia de una serie de factores como predictores de la salud mental positiva, complementando desde una mirada cualitativa si estos elementos surgían en el discurso de las y los propios jóvenes como factores determinantes en su SMP. Al respecto, con los resultados cuantitativos se comprobó la hipótesis de que la agencia, el apoyo social de la familia y los amigos; el bienestar social y la orientación cultural individualista-colectivista fueron factores predictores de las diferentes dimensiones de salud mental positiva. Lo interesante, fue observar cómo, a cada dimensión la puede predecir en primer lugar, un diferente factor con diferente poder predictivo. Cuestión que, se sugiere continuar investigando para fortalecer la teoría.

De la misma manera, al profundizar en los resultados cualitativos, se observó la alusión a dichos factores como influencias que pueden determinar la SMP según la percepción, experiencias y creencias de las y los jóvenes, mirando los elementos de los diferentes sistemas que les rodean (micro, meso y macrosistema) como señaló la teoría ecológica del desarrollo humano y los enfoques psicosociales guía de la presente investigación. Cuestión que no se había realizado desde el tema de la SMP y constituye una aportación al mismo.

Al respecto, se pudo observar, tanto en la fase cuantitativa como cualitativa que resalta la influencia de la familia en la salud mental de los jóvenes como uno de los factores y predictores más importantes, así como sus relaciones sociales en especial las de los amigos, quienes pueden ser la principal fuente de apoyo e impactar favorablemente en la determinación de su SMP, esto refleja, nuevamente, la importancia de la familia y relaciones sociales para el mexicano (Díaz Guerrero, 2011) a pesar del paso del tiempo y los cambios socioculturales.

También se confirman los planteamientos teóricos para el proceso salud-enfermedad con referencia al apoyo social (Domínguez et al., 2011; Feldman et al.,

2008; Fernández, 2005; Hernández et al., 2004; Mahanta & Aggarwal, 2013; Vivaldi & Barra, 2013), generando evidencia de que éste, puede predecir la SMP de las y los jóvenes, y que ambos tipos de apoyo (de la familia y los amigos) son importantes para las diversas dimensiones de ésta; el apoyo emocional es en sí mismo fuente de bienestar. Así mismo se generó evidencia de la agencia, el bienestar social y la cultura como predictores de una salud mental positiva en jóvenes universitarios.

Por otra parte, cabe señalar que las y los jóvenes al tener que enfrentar variadas situaciones de manera individual en su desarrollo como nuevos adultos, llevaría a esperar resultados en la capacidad de agencia, cuestión que en sus dimensiones de toma de interés y auto congruencia fueron predictores de SMP.

Se confirma que la SMP al ser multidimensional es multifactorial en las dimensiones que la determinan (Barry, 2009), sin embargo, en este estudio, es de notar que las dimensiones culturales fueron importantes predictores; ello concuerda con la tendencia cultural predominante de este grupo de jóvenes como colectivistas e individualistas horizontales cuestión que entonces predice buenos niveles de SMP, colocando sobre la mesa el tema de la horizontalidad vs. verticalidad más allá del individualismo-colectivismo, lo que lleva nuevas líneas de investigación.

Se pudo observar que, tanto en la fase cuantitativa como en la cualitativa, los jóvenes reportan un nivel de salud mental positiva que puede mejorar; saben que tienen la capacidad, pero hace falta potenciarla, atenderla o desarrollarla. Y como sugerencia, el diagnóstico en SMP podría ser de utilidad en las escuelas y para la vida futura de los jóvenes a quienes les esperan nuevos retos después de la universidad y para los que necesitarán más fortalezas, ¿Qué mejor que desarrollarlas en el ambiente aún seguro de la escuela? Incluso como prevención de trastornos, enfermedad mental o conductas de riesgo. Es un hecho que la salud mental y más la salud mental positiva, es un tema que casi desconocen y del que, ellos y ellas mismos aceptan que hace falta mucha información, educación y desmitificación.

Respecto a la fase cuantitativa es importante destacar el papel del rol de género el que, puede ser menos evidente o se ha transformado, pero sigue apareciendo en las diferencias entre algunas variables entre hombres y mujeres lo que confirma la importancia de incluir las perspectivas de género en toda intervención. Algo similar puede decirse de las diferencias entre quienes tienen recursos socioeconómicos y quienes no, categoría que también atraviesa y puede influir la salud mental de las personas desde la estructura social tal como se menciona en la literatura (Barry, 2009; De La Fuente, 1979) y que es primera vez que se relaciona de manera directa con la presencia de la salud y capacidades; estas diferencias también se observaron en el apoyo social siendo los que tienen recursos quienes perciben más apoyo social. Ambos aspectos tienen que estar presentes en el diseño de intervenciones y políticas dirigidas al desarrollo de la salud y SMP.

Por otra parte, es importante resaltar las relaciones con la dimensión cultural donde la tendencia de los jóvenes universitarios de Mérida es colectivista horizontal con individualista horizontal; es decir, en primer lugar está el colectivo pero también le dan importancia a las metas individuales buscando relaciones que no están centradas en la competencia o jerarquía cosa que, difiere de distintos resultados acerca de la obediencia o sumisión del mexicano; sin embargo se ha observado también en otros estudios que la escolaridad influye, aumentando el individualismo y las relaciones más equitativas en las personas. Siendo México predominantemente colectivista y estos jóvenes también, se diría que están en sintonía con la tendencia cultural general, pero con tendencias individualistas que les ayudan quizá a acercarse a ese bienestar tanto individual como colectivo (Triandis, 2005); ello puede relacionarse con la correlación encontrada entre el colectivismo e individualismo horizontal y la salud mental positiva. Lo anterior se confirma al ser la dimensión cultural uno de los principales predictores de las dimensiones de salud mental positiva.

El presente estudio se limitó a dicha dimensión como un primer acercamiento, sin embargo, se sugiere incluir nuevas variables culturales en el estudio futuro de la SMP.

Por otra parte, se observó que, los jóvenes y la sociedad no están suficientemente informados acerca de salud mental y su importancia, es un tema poco reflexionado y promovido. Lo que se percibe es el temor a la enfermedad mental y ésta como símbolo de salud mental-locura que conlleva prejuicios y mitos culturales. Si se pregunta a los jóvenes, entonces lo piensan y ellos mismos dicen nunca haber pensado en su salud o la salud mental de esa manera; pocos se dan cuenta de que sus capacidades y fortalezas también forman parte de la salud mental. Esto hace que no se cuiden y no sepan qué hacer cuando la necesitan o cuando la ven afectada porque el mismo temor y desconocimiento del tema les hace alejarse de las y los “profesionales” de salud mental a quienes solo acuden los que “están mal de la cabeza”.

Se reconoce la necesidad de apoyo social, pero a la vez pocos son capaces de pedir ayuda o reconocer que están mal o la necesitan pues serán juzgados por la sociedad como “mal de la cabeza”. El mismo sistema te empuja a entrar de un colectivismo vertical, donde dependes de jerarquías y están primero los demás que uno, a un individualismo vertical de competencia y mal visto pedir ayuda o juntarse en grupos que el sistema podría etiquetar de rebeldes, etc. Estos procesos son un riesgo para menoscabar la agencia de los jóvenes, que podría decirse, está en un punto crucial de su proceso, pues van “solos” con sus propias convicciones decisiones o siguiendo la de los demás, y algunos al enfrentarse solos a esto y no tenerla reforzada no saben qué hacer, no saben que quieren, a donde van; por lo que hace falta trabajar en su agencia.

Hombres y mujeres se ven en un cambio drástico al ingresar a la universidad y eso los lleva a la necesidad de apoyo, pero también se les exige resolver solos. Esa necesidad puede hacer que busquen malas compañías o caigan en vicios, etc. La misma explotación y estrés que sienten los pone en situaciones de vulnerabilidad que se pueden combinar con otras vulnerabilidades como el ser mujer, el no tener apoyo familiar pero sí exigencias, el tener carencias socioeconómicas, estar en un entorno social colectivista vertical, el cambio grande de dependencia a independencia, de irresponsabilidad a responsabilidad total, de autorregulación total y sobre todo la

vulnerabilidad de no tener una SMP o tener una SM negativa y no saber que es, que fortalezas o como cuidarla porque nadie le enseñó ni se habla de ello.

Por ello es de suma importancia fomentar el cuidado y la promoción de la salud mental positiva como una materia transversal igual que el género, por ejemplo, en todos los ambientes donde interactúan, pues les beneficiaría a ellos mismos, a la sociedad y a la cultura para el desarrollo humano, económico y social. Para que las nuevas generaciones tengan acceso a recursos para desarrollar su SMP, desarrollen esta capacidad como recurso para la vida y como derecho humano que es, para la vivencia de una vida más plena, incluso para llegar a la adultez media o a la vejez con bienestar mental que incida en su calidad de vida en general. Además de que la promoción coadyuvaría a visibilizar y naturalizar a la SMP contrarrestando los tabús, el temor y los mitos a su alrededor.

Algunas limitaciones del presente estudio fueron el tiempo y la situación actual de Covid-19 y todas sus implicaciones en tiempo y acceso a instituciones y alumnos, así como el acceso a las técnicas de análisis final, entre otras; lo que llevará a profundizar en los resultados obtenidos en futuros estudios, incluso, con otros análisis estadísticos para robustecer el modelo y los predictores propuestos. Otra limitación fue en cuanto a la respuesta y coordinación con las diferentes instituciones educativas ya que en algunas a pesar de haber respondido positivamente, no se pudo completar la aplicación de encuestas por cuestiones administrativas de coordinación y políticas escolares. Todo ello lleva también a la reflexión de hacer estudios comparativos a futuro entre tipo de escuela, licenciatura, entre otros, para tener en cuenta más factores alrededor de la salud mental.

Otra de las limitaciones fue no contar con una medida objetiva más precisa y corta de aspectos socioeconómicos, por lo que se recomienda ampliar la investigación de dicho aspecto, de igual manera ampliar la inclusión de la perspectiva de género. Para ello se recomendaría realizar estudios más específicos con dichas variables y analizarlas como predictoras como nuevas hipótesis.

Las implicaciones del presente trabajo están en la generación de evidencia científica para la aplicación de las teorías biopsicosociales al proceso particular de la salud (positiva), en específico de la salud mental positiva donde se evidencia la importancia de los ambientes individual, micro, meso y macro en la determinación de la SMP. Además de que no se encuentran estudios similares hasta el momento en nuestro país y desde una perspectiva mixta, donde se observan coincidencias y también aportaciones particulares de cada enfoque. Se confirman diversos planteamientos teóricos psicosociales y también de las ciencias sociales en general acerca de la determinación de la salud, cuestión que viene a completar la mirada del proceso salud-enfermedad tradicional en las ciencias sociales como antropología o sociología donde predominan las miradas a la ausencia o presencia de enfermedad.

También se abren nuevas posibilidades de investigación y se comprueba la importancia del ambiente y los factores sociales en la salud mental positiva reforzándola como un tema de las ciencias sociales y no únicamente desde el abordaje psico-médico. Se requiere profundizar el trabajo con los datos recabados y más adelante complementar con nuevas investigaciones y en otras poblaciones, así como la generación de intervenciones y materiales de divulgación al respecto.

Se sugiere profundizar e incorporar más variables como las señaladas (género, aspectos socioeconómicos), como incluir otras variables culturales y análisis para futuras investigaciones donde se puedan generar modelos con mayor porcentaje de varianza explicada y por ser la salud mental multifactorial; así como ampliar la fase cualitativa con más y diferentes participantes y contextos. Se ha comprobado que una metodología mixta puede producir resultados eficaces y complementar la mirada de una o otra. Es importante notar que ciertos aspectos, como se mencionó en los resultados, coinciden en ambas fases, lo que aporta fortaleza a las hipótesis y a las variables propuestas en este modelo. Sin embargo, tratándose de salud mental, muchas variables podrían quedar fuera y que pueden ser importantes, por tanto, los proyectos futuros incorporarán otros elementos ya con el respaldo del presente estudio, el cual, también tuvo limitación en tiempo.

Finalmente se vislumbran elementos que pueden ser de utilidad para generar una propuesta de intervención para la promoción de la salud mental positiva poniendo énfasis en los aspectos psico-socio-culturales aquí estudiados de los cuales ya se tiene cierta evidencia empírica de su influencia en la SMP de las y los jóvenes universitarios en Mérida Yucatán.

Se espera que el presente estudio contribuya a visibilizar la existencia de la salud mental positiva desde la ciencia como capacidad, derecho y recurso. Este trabajo es un primer acercamiento a la explicación de algunos determinantes de SMP en jóvenes y desde los jóvenes, donde se demuestra que, no solo las variables individuales influyen en la misma sino también las sociales y culturales visibilizando la SMP como un fenómeno social.

## Referencias

- Abdallah, S. (2010). *La revolución del bienestar. Enfoques sobre bienestar y buen vivir Dossier*. Madrid: ECOsocial
- Ahuvia, A. C. (2002). Individualism/Collectivism and Cultures of Happiness: a Theoretical Conjecture on the Relationship Between Consumption, Culture and Subjective Well-Being At the National Level. *Journal of Happiness Studies*, 3, 23–36. <https://doi.org/10.1023/a:1015682121103>
- Agost Felip, M. R., & Martín Alfonso, L. (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 126-140. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100012&lng=es&tlng=es).
- Aguirre Beltrán, G. (1986). *Antropología médica*. México: CIESAS, Ediciones de la Casa Chata.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens, revista universitaria de investigación*, 9(1), 93-107.
- Alkire, S. (2005). Subjective quantitative studies of human agency. *Social Indicators Research*, 74, 217-260.
- Álvarez Castaño, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8 (17), 69-79.
- Amar, J., Abello, R., y Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología Desde El Caribe*, 11, 107–121.
- American Psychological Association, APA. (2010). *Manual ético*. Recuperado de: [https://www.academia.edu/5353050/APA\\_MANUAL\\_ETICO](https://www.academia.edu/5353050/APA_MANUAL_ETICO)
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion.

- Health promotion international*, 11(1), 11-18. Recuperado de:  
<https://www.sizediversityandhealth.org/images/uploaded/Health%20Promot.%20Int.-1996-ANTONOVSKY-11-8-1.pdf>
- Arab, E.G. y Díaz, A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26 (1), 7-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.001>.
- Armenta, N., Pacheco, C. y Pineda, E. (2008). Factores socioeconómicos que intervienen en el desempeño académico de los estudiantes universitarios de la facultad de ciencias humanas de la Universidad Autónoma de Baja California. *Revista IIPSI*, 11(1), 153-165.
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (2017). Nivel socioeconómico AMAI 2018, nota metodológica. México: el autor.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES. (2011). Anuario de educación superior 2010-2011. México: El autor. Recuperado de: <http://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES. (2017). Anuario de educación superior 2017-2018. México: El autor. Recuperado de: <http://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES. (2019). Anuario de educación superior 2018-2019. México: El autor. Recuperado de: <http://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia, como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Madrid: Desclée De Brower.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 1-26.
- Barradas, M., Sánchez, J., Guzmán, M. y Balderrama, J. (2011). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista*

- Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(2), 123-135.
- Barrera, M. L. (2011). *Salud mental positiva: Conceptuación y construcción de un instrumento de medición para adultos*. Tesis de maestría no publicada, Mérida, Yucatán, México: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Barrera, M. y Flores, M. (2012). Más allá de la enfermedad: Salud mental positiva en jóvenes universitarios. En Rivera, S., Cruz, L., Montero, N., Villanueva y Velasco, P. (Eds.), *Aportaciones Actuales de la Psicología Social Volumen I*. México: AMEPSO.
- Barrera, G. M. y Flores G. M. (2015). Construcción de una escala de salud mental para adultos en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(39), 22-33.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-23.
- Barry, M. (2009) Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17, DOI: 10.1080/14623730.2009.9721788
- Bastide, R. (1978). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo veintinuno.
- Berenzon S., Saavedra N., Medina-Mora M.E., Aparicio V. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 33(4), 252–258. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/ae08/dab542837574d79e511ae123a1a64e5a560a.pdf>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological perspective. *American Psychologist*, 35(4), 320–335. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.3.322>
- Bertalanffy, L. Von. (1972). The History and Status of General Systems Theory. *The Academy of Management Journal*, 15(4), 407–426. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/261409979/Bertalanffy-Ludwig-Von-The-History-and->

Status-of-General-Systems-Theory

- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)* 6(2), 113-116.
- Blanco, J.; López, O. y Rivera, J. (2015). *Calidad de vida, salud y territorio desarrollo de una línea de investigación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El Bienestar Social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- Cabrera, Pérez, L., Bethencourt Benitez J.T., González, AlfonsoM., & Álvarez Pérez, P. (2006). Un estudio transversal retrospectivo sobre prolongación y abandono de estudios universitarios. *RELIEVE*, 12(1), 105-127. DOI: <https://doi.org/10.7203/relieve.12.1.4241>
- Capellá, A. (2001). Modelos y paradigmas en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (80), 3-5. Recuperado el 23 de abril de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000400001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400001&lng=es&tlng=es).
- Castaño, L. E. A. (2011). Los determinantes sociales de la salud : más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69–79. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Castro, R. (2010). *Teoría Social y salud* (1ra ed.). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Retrieved from <http://www.crim.unam.mx>
- Castellanos, V. H., (2017). El derecho humano a la salud mental, la prevención y atención de la depresión y el suicidio de personas jóvenes en la ciudad de México. *Defensor*, 9, 4-9. Recuperado de [https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor\\_09\\_2017.pdf](https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_09_2017.pdf)

- Casullo, M. M., y Góngora, V. C. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183–205.
- Centre for Chronic Disease Prevention. (2017). Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework: Quick Stats, youth (12 to 17 years of age). *Health Promot Chronic Dis Prev Can.*; 37(4),131-2. Recuperado de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/37-4/assets/pdf/ar-04-eng.pdf>
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., ... & Ryan, R. M. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, 39(2), 216-236.
- Cienfuegos-Martínez, J. I., Saldivar-Garduño, A., Díaz-loving, R. & Avalos-Montoya, A. D. (2016). Individualismo y colectivismo: caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(2016), 2534-2543.
- Closas, A., Arriola, E., Kuc, C., Amarilla, M. y Jovanovich, E. (2013). Análisis multivariante, conceptos y aplicaciones en psicología educativa y psicometría. *Enfoques XXV*(1), 65-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/enfoques/v25n1/v25n1a05.pdf>
- Cohen, S.; Underwood, L. & Gottlieb, B. (2000). *Social support measurement and intervención*. New York: Oxford.
- Cohn, M. A., & Fredrickson, B. L. (2009). Positive emotions. *Oxford handbook of positive psychology*, 2, 13-24.
- Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales, A.C. (CEAS).(2014). Código de ética. Disponible en: <https://ceasmexico.wordpress.com/ceas/codigo-de-etica/>
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization. Geneve: el autor.
- Consejo Nacional para la Evaluación de la política pública, CONEVAL. (2018). Medición de la pobreza. México: el autor. recuperado de:

- <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>
- Corral-Verdugo, V., & Frías-Armenta, M. (2016). The sustainability of positive environments. *Environment, Development and Sustainability*, 18(4), 965–984. <https://doi.org/10.1007/s10668-015-9701-7>
- Cortés, L. (2007). Hallazgos y reflexiones sobre la autoestima. En Castillo, L. T. y Cortés, A. L. (Eds.), *Psicología social en Yucatán*, pp103-130. Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative and mixed approaches*. California, EE.UU.: Sage.
- Cruz, Z., Medina, J., Vázquez, J., Espinosa, E., y Antonio, A. (2014). Influencia del nivel socioeconómico en el rendimiento académico de los alumnos del programa educativo de Ingeniería Industrial en la Universidad Politécnica de Altamira. *Ciencias Administrativas y Sociales Handbook TV*, 5, 24-38. Recuperado de: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36255828/2014.Hacia\\_un\\_perfil\\_de\\_innov.\\_cap.\\_de\\_lib..pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHacia\\_un\\_perfil\\_del\\_potencial\\_de\\_innovac.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200106%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20200106T053514Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=87681f385dbac56085d76be0dcd41322527069c993e9314e27c7bd848897c251#page=37](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36255828/2014.Hacia_un_perfil_de_innov._cap._de_lib..pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHacia_un_perfil_del_potencial_de_innovac.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200106%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200106T053514Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=87681f385dbac56085d76be0dcd41322527069c993e9314e27c7bd848897c251#page=37)
- Csikszentmihalyi, M. (2012). *Flow*. Kairós.
- De la Fuente, J. R. (1979). El ambiente y la salud mental.pdf. *Salud Mental*, 2(1), 6–9. Retrieved from [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/27](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/27)
- De la Fuente R., Medina-Mora M.E., Caraveo J.(1997). *Salud Mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human*

- behavior*. New York: Springer.
- Díaz, G., Vázquez, N., & Pérez, A. (2015). La sombra de la violencia estructural en los jóvenes universitarios. *Recerca, revista de pensament i anàlisi*, 16, 59-86. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/Recerca.2015.16.4>
- Díaz Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría historico--bio-psico-socio--cultural del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Díaz Guerrero, R. (2010). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
- Díaz Guerrero, R. (2011). *Psicología del mexicano 2*. México: Trillas
- Díaz Loving, R. y Cortés, E. (2011). Etnopsicología: ¿ciencia nova o refundación de la psicología?. En Domínguez, A. (Comp.), *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología* (257-258). México: Universidad Iberoamericana.
- Díaz-Loving, R., Cruz-Torres, C., Armenta-Huarte, C. y Reyes-Ruiz, N. (2018). Variaciones en el individualismo-colectivismo horizontal y vertical en cuatro regiones de México. *Revista de Psicología Social*, DOI: 10.1080/02134748.2018.1435217
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103–157.
- Diener, E. Ed.,(2009). *Culture and well-being*. New York: Springer.
- Diener, E., & Biswas, R. (2008). *Happiness. Unlocking the Mysteries of psychological wealth*. Blackwel Publishing. E.U.A.
- Domínguez, A; Salas, I., Contreras, C. y Procidano, M. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de apoyo social percibido de la familia y los amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista latinoamericana de psicología*, 43(1), 125-137.
- Donas Burak, S. (Comp.). (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro universitario regional. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé*

- Mentale Au Québec*, 42(1), 125. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Dreger, S., Buck, C., & Bolte, G. (2014). Material, psychosocial and sociodemographic determinants are associated with positive mental health in Europe: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(5).  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005095>
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio* (8va reimpression). México: Ediciones Coyoacán.
- Espinosa, A., Beramendi, M. y Zubieta, E. (2015). Identidad nacional y bienestar social: una síntesis meta-analítica de estudios en Argentina, México y Perú. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(1), 27-39.
- Feixa, C. (1998). *El reloj de arena. Culturas juveniles en México*. México: sep/ciej/Causa Joven. Disponible en [http://www.educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Juventud\\_e\\_Identidad/016LasCulturasJuveniles\\_en\\_Mexico.pdf](http://www.educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Juventud_e_Identidad/016LasCulturasJuveniles_en_Mexico.pdf)
- Feldman, L., Goncalves, L., Puignau, G. C. C., Zaragoza, J., Bagés, N., y De Paulo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas psychologica*, 7(3), 739-752.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, 3, 1-16.
- Ferreira, M. M., Ciro Avitabile, J., Botero Álvarez, F. H. P. y Urzúa, S. (2017). *Momento decisivo: la educación superior en América Latina y el Caribe. Resumen*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Flett, G.L., Besser, A., Davis, R.A. et al. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* (2003) 21: 119. <https://doi.org/10.1023/A:1025051431957>
- Flores, M. M. Ed. (2014). *Aportaciones de la etnopsicología mexicana al estudio de la cultura y la personalidad*. Mérida Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Flores, M., Cortés, L. y Góngora, E. (2008). *Familia crianza y personalidad*. México: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E. y Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores

- de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología (Natal)*, 8(1), 15–24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100003>
- Frías, M., y Barrios, I. (2016). Recursos que contribuyen al desarrollo positivo en jóvenes. *Escritos de psicología*, 9(3), 37–44. DOI: <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2911>
- Fuente, L. (2017, 15, febrero). En Yucatán cada dos días se registra un suicidio. Milenio novedades.
- Ganga, N., Raman Kuty, V., & Thomas, I. (2014). Determinants of positive mental health: a path model. *Mental Health Review Journal*. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2013-0018>
- García, T. (2011). Individualismo-colectivismo. En Domínguez, A. (Comp.), *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología* (pp. 216-229). México: Universidad Iberoamericana.
- García Amilburú, M. (1998). Clifford Geertz, la interpretación de las culturas. *Nueva revista de política, cultura y arte*, (58). Recuperado de <http://www.nuevarevista.net/articulos/clifford-geertz-la-interpretacion-de-las-culturas>
- García-Campos, T. 2003. *Cultura y subculturas: el mexicano y su diversidad*. Tesis de Doctorado no publicada. México: UNAM.
- García-Campos, T., Correa-Romero, F. E., García y Barragán, L. F. y López-Suárez, A. D. (2016). Individualismo-colectivismo y su efecto sobre la autoeficacia en jóvenes. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 71-79.
- García, S. y Andrade, P. (1994). El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental. *Salud Mental*, 17(1), pp.32-44.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. (2013). *Plan Nacional de desarrollo 2013-2018*. México: el autor. Recuperado de <http://www.inedec.gob.mx/files/PND.pdf>
- Gobierno del Estado de Yucatán. (2013). *Plan estatal de desarrollo 2012-2018*. Yucatán: el autor.
- Góngora, E. (2007). El concepto de enfrentamiento a los problemas. Revisión y

- avances en Yucatán. En Castillo, T. y Cortés, L. (Eds.), *Psicología social en Yucatán* (pp. 51-74). México: Universidad Autónoma de Yucatán.
- González Arratia, N. y Valdéz, J. (2016). Validez de la escala de salud mental positiva en niños mexicanos. *Acta psicológica*, 6(1), pp. 2368-2383.
- González, S. P. C., Gómez, A. J. M., Caicedo, B. L. M., Piernagorda, G. D., & Medina-Pérez, O. A. (2013). Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Revista Cultural del Cuidado*, 10(2), 49-57.
- Guirao, G. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *Revista de enfermería*, 6(3). Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/269407343\\_La\\_espiritualidad\\_como\\_dimension\\_de\\_la\\_concepcion\\_holistica\\_de\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/269407343_La_espiritualidad_como_dimension_de_la_concepcion_holistica_de_salud)
- Guzmán, M. (2010). Juventud, pobreza y exclusión. *Medicina Social*, 5(2), pp. 128-134.
- Guzmán, M. (2011). Vivir en el límite, las adicciones, un problema de salud entre los jóvenes mayas de Yucatán. En Vázquez Pasos, L. *Niños y jóvenes en Yucatán, miradas antropológicas a problemas múltiples* (pp.141-166). Mérida Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Guerra, D. & Skewes, J. C. (2003) Código de ética de la asociación antropológica americana (Obra original publicada en 1988). Recuperado de:  
[http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/lauv/codigo\\_de\\_etica\\_\\_AAA\\_def.pdf](http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/lauv/codigo_de_etica__AAA_def.pdf)
- Guiddens, A. (1997). *Sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116(3), 412–428.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.412>
- Hernández-Paz, M. T., De La Torre-Herrera, J.N., Espinosa-Gómez, M., Lara-García, B. y Gutiérrez-Cruz, S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37. Recuperado de:  
[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/37/37\\_HdzPaz.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/37/37_HdzPaz.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2016). *Metodología de la Investigación*, (6ta ed.). México: Mc Graw Hill.

- Hernández, S., Pozo, C. y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. *Boletín de psicología*, 80, 79-96.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hofstede, G. (1983). National cultures in four dimensions: A research-based theory on cultural differences among nations. *International Studies in Management and Organizations*, 14(1-2), 46-74.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: software of the mind* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York: McGraw-hill.
- Ibrahim, S., & Alkire, S. (2007). Agency and empowerment: A proposal for internationally comparable indicators. *Oxford development studies*, 35(4), 379-403.  
 Disponible en:  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13600810701701897>
- Iglesias-García, C. (2016). *Valores humanos ¿factores de protección para la salud mental?*, Discurso de ingreso en la real academia de medicina del principado de Asturias. Asturias: HiFer Artes Gráficas.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática, INEGI. (2016). Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) 2016. México: el autor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2018). Indicadores de bienestar autoreportado de la población urbana (Comunicado de prensa núm. 397/18).  
 Recuperado de:  
[http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/513/related\\_materials?idPro](http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/513/related_materials?idPro)  
 =
- Ionescu, S. (1994). *Catorce enfoques de la psicopatología*. México: Fondo de cultura económica.
- Irwin, A., Valentine, N., Brown, C., Loewenson, R., Solar, O., Brown, H., Koller, T. & Vega J. (2006). The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PloS Medicine*, 3; (6), e106.
- Jahoda, M. 1958. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Joshanloo, M. (2013). Mental wellbeing in Iran: the importance of comprehensive well-being in understanding the linkages of personality and values. En C. Keyes

- (Ed.), *Mental well-being\_ International contributions to the study of positive mental health* (pp. 177-208). New York: Springer.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los conceptos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Kagitcibasi, C. (1997). Individualism and collectivism. *En: J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds), Handbook of Cross-Cultural Psychology* (pp. 2-49). Boston: Allyn & Bacon. Disponible en: <https://books.google.com.mx>
- Kagitcibasi, C. (2005). Autonomy and Relatedness in Cultural Context: Implications for Self and Family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(4), 403–422. <https://doi.org/10.1177/0022022105275959>
- Keyes, C. L. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Keyes, C. L. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), pp. 207-222. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2013). *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_7)
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). Suicide and Suicide Prevention 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.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316447003000308?journalCode=epma>

- Laca, A. F. y Mejía, C. (2007). Actitudes ante la violencia, bienestar subjetivo e individualismo en jóvenes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 301-313.
- Laca, F., Mejía, J. y Yañez, C. (2010). Identidad mexicana e interés político: predictores de bienestar social y anomia. *Acta Universitaria*, 20(2), 40-49.
- La Rosa, J. & Díaz Loving, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(1), 15-33.  
Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80523102>
- Lara, M. C., Medina-Mora, M. E., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost, results from the mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5).
- Laungani, P. D. (2007). *Understanding cross-cultural psychology*. Gran Bretaña: Sage publications std.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis de doctorado electrónica. Universidad de Barcelona. Disponible en: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E\\_TESIS.pdf](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf)
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), pp. 42-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242505>
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J., & Ferrer-Grau, C. (2013). Assessing Positive Mental Health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *Public Health*, 13(928), 1471-2458.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Londoño Pérez, C. P. (2009). Optimismo y salud mental positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 95-107.
- Mahanta, D., & Aggarwal, M. (2013). Effect of perceived social support on life

- satisfaction of university students. *European Academic Research*, 1(6), 1083-1094.
- Marmot, M. (2017) Capabilities, Human Flourishing and the Health Gap, *Journal of Human Development and Capabilities*, 18 (3), 370-383, DOI: 10.1080/19452829.2017.1342362
- Martínez, M. M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas
- Martínez, R., Pando, M., León, S., González, R., Aldrete, M. y López, L. (2015). Validéz y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), pp.78-88. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>
- Matsumoto, D. (2014). *Culture and psychology*. Wadsworth publishing.
- Medina, O., Irija, M., Martínez, G. y Cardona, D. (2012) Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia – Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 36, pp. 247-261. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224431012>
- Mendieta, R. A. (2014). Juventud y ciudadanía en el siglo XXI: la indignación ante el neoliberalismo. En Mata Zuñiga, L. A. & Ortíz Domínguez, L. (Coords.), *Sujeto, trayectorias y ciudadanías, reflexiones de los estudiantes del diplomado mundos juveniles 2012*, (141-158). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Menéndez, 1978. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia, F., *La salud de los trabajadores, portes para una política de la salud*. México: nueva imagen.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos, R. (Comp), *La antropología médica en México*, ( 97-114). México: Antologías universitarias.
- Meyer, O. L., Castro-Schilo, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2014). Determinants of mental health and self-rated health: a model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *American journal of public health*, 104(9), 1734-1741. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302003>
- Miles, M., Huberman, M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative data analysis: an*

- expanded sourcebook* (3era ed.). Estados Unidos: Sage Publications, Inc.
- Moos, R. H. (1974). *Systems for the Assessment and Classification of Human Environments: An Overview*. Recuperado de: EBSCOhost, [search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED069781&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED069781&lang=es&site=ehost-live).
- Mosqueda, A., González, J., Dahrbaun, N., Jofré, P., Caro, A., Campusano, E. & Escobar, M. (2017). Malestar psicológico en estudiantes universitarios, una mirada desde el modelo de promoción de la salud. *Revista Sanus*, Universidad de Sonora. Disponible en: <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/1-art7.pdf>
- Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(3):166–73.
- Nordenfelt, L. (1997). On holism and conceptual structures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 25(4), 247-248. DOI: <https://doi.org/10.1177/140349489702500406>
- Nordenfelt, L. (2006). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 5–10. Doi: 10.1007/s11019-006-9017-3
- OCDE, CEPAL, CAF. (2016). *Perspectivas económicas de América Latina 2017, juventud, competencias y emprendimiento*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2017-es>
- O’Connell, M., Boat, T. & Warner, K. (Eds.). (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington D.C: The national academy press. Recuperado en [https://www.integration.samhsa.gov/integrated-care-models/IOM\\_Report\\_on\\_Prevention.pdf](https://www.integration.samhsa.gov/integrated-care-models/IOM_Report_on_Prevention.pdf)
- Omar, A., Almeida, S. H., Paris, L., Aguiar, M. y Del Pino, R. (2010). Resiliencia y afrontamiento del estrés en adolescentes: efectos mediadores de los valores culturales. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 16(3), 448-468.
- Omar, A., Paris, L., Uribe, H., Almeida, S. H. y Aguiar, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 16(2), 269-277.

- Organización Mundial de la salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. Recuperada de: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica. Informe Compendiado. *Promoción de La Salud Mental*, 60. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/44219>
- Organización Mundial de la salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: el autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Recuperado de: [www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/healthy-lives/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/healthy-lives/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2019, junio 20). Diez datos sobre la salud mental. Recuperado de: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index2.html](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index2.html)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Basic documents, 49th ed.* Geneva: World Health Organization. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de Acción en Salud Mental 2015-2020*. Washington D.C: El autor
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., Mcrae, L., & Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada : the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework, *36*(1), 1–11.
- Padilla, J.L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J. y González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, *23*(2), 245-252.
- Páez, D. y Casullo, M. M. Eds. (2000). *Cultura y alexitimia*. Argentina: Paidós.

- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 319-341. Recuperado de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1356](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1356)
- Páez, D., Ruiz, J. I., Gailly, O., Kornblit, A., Wiesenfeld, E. y Vidal, C. M. (1997) Clima emocional: su concepto y medición mediante una investigación transcultural. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 12(1), 79-98,  
DOI: 10.1174/021347497320892045
- Páez, D. & Zubieta, E. (2004). Dimensiones culturales. Individualismo-colectivismo, creencias y conducta social. En Darío, P., Fernández, I., Ubillos, S. & Zubieta E. (Coords.), *Psicología social, cultura y educación*. Libro descatalogado, disponible en [https://www.researchgate.net/profile/Dario\\_Paez/publication/283728064\\_CAPITULO\\_IV\\_DIMENSIONES\\_CULTURALES\\_INDIVIDUALISMO\\_COLECTIVISMO\\_CREENCIAS\\_Y\\_CONDUCTA\\_SOCIAL\\_Dario\\_Paez\\_Elena\\_Zubieta/links/5645e25608aef646e6cd7958.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dario_Paez/publication/283728064_CAPITULO_IV_DIMENSIONES_CULTURALES_INDIVIDUALISMO_COLECTIVISMO_CREENCIAS_Y_CONDUCTA_SOCIAL_Dario_Paez_Elena_Zubieta/links/5645e25608aef646e6cd7958.pdf)
- Pérez Islas, J.A. (2011). En Urteaga, M. *La construcción juvenil de la realidad* (pp. 11- 16). México: Universidad autónoma Metropolitana.
- Petersen, I., Barry, M. M., Lund, C. & Bhana, A. (2013). Mental health promotion and the prevention of mental disorders. En Patel, V., Prince, M., Cohen, A. & Minas, H. (Eds.), *Global mental health: principles and practice* (pp. 224-251). Oxford University Press. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/259573968\\_Mental\\_Health\\_Promotion\\_and\\_the\\_Prevention\\_of\\_Mental\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/259573968_Mental_Health_Promotion_and_the_Prevention_of_Mental_Disorders)
- Peterson, Z., (2010). What is sexual empowerment? A multidimensional and process-oriented approach to adolescent girl's sexual empowerment. *Sex Roles*. 62, 307-313. Doi: 10.1007/s11199-009-9725-2
- Pick, S., García, G. y Leenen, I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y

- empoderamiento intrínseco. *Universitas Psychologica*, 10(2), 327–341.
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U. y Givaudan, M. (2007). Escala para medir agenda personal y empoderamiento (ESAGE). *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 295–304. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622125339?accountid=10422>
- Prins, S. J., Bates, L. M., Keyes, K. M. & Muntaner, C. (2015). Anxious? Depressed? You might be suffering from capitalism: contradictory class locations and the prevalence of depression and anxiety in the USA. *Sociology of Health & Illness* 37(8), 1352–1372. doi: 10.1111/1467-9566.12315
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2014. *Informe Sobre Desarrollo Humano Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Nueva York, Estados Unidos: PNUD; 2014.
- Rejón, K. (2017, 21, junio). Ya suman 85 casos de suicidio en lo que va del 2017. La jornada maya.
- Reyes Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de psicología social y personalidad*, 9(1), 81-97.
- Reyes Lagunes, I. (2011). Conceptuación y desarrollo de la etnopsicometría en México. En Domínguez, A. (Comp.), *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología*. (279-302). México: Universidad Iberoamericana.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad. *Cuicuilco*, 52, pp. 39-49.
- Rocha-Sánchez, T. (2011). Género y socialización: una aproximación transcultural. En Domínguez, A. (Comp.), *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología* (pp.151-175). México: Universidad Iberoamericana
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica

- entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 21(1), (42-49). Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27111/26301>
- Rocha-Sánchez, T., Díaz-Loving, R. y Rivera-Aragón, S. (2006). Expresividad (feminidad) e instrumentalidad (masculinidad) como promotores de la salud mental. En Sánchez Aragón, R.; Díaz-Loving, R. & Rivera Aragón, S. (Eds.), *La psicología social en México Vol. XI*. (pp. 296-303). Ciudad de México, México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rodríguez, M., Couto, M. y Díaz, N. (2016). Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud, una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 53(3). Recuperado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/>
- Rojas Soriano, R. (1990). *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdéz.
- Ryan, R. y Deci, E. (2000). La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social, y el bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. DOI: 10.1037110003-066X.55.1.68
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria , gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7–22.
- Samman, E., & Santos, M. E. (2009). Agency and empowerment: a review of concepts, indicators and empirical evidence. Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI). Disponible en: <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:974e9ca9-7e3b-4577-8c13-44a2412e83bb>
- San Martín, H. (1981). *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- Sánchez, M. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo abierto, vol. monográfico*, 11-30.
- Sánchez P. y De Lille, M. (2004). Necesidad de orientación de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Yucatán. *Educación y Ciencia*, 8(16), 49-60.

- Santi, M. F. (2013). *Ética de investigación en ciencias sociales. Un análisis de la vulnerabilidad y otros problemas éticos presentes en la investigación social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Sarmiento Juárez, M. J. (2017). Artículo de Reflexión salud mental y desarrollo. *Medicina*, 39(3), 246–254. Recueprado de:  
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/118-7>
- Shavitt, S., Torelli, C. J., & Riemer, H. (2011). Horizontal and vertical individualism and collectivism: implications for understanding psychological processes. In Gelfand, M., Chiu, C. & Hong (Eds.), *Advances in culture and Psychology Vol I*. (pp. 309-350). New York: Oxford University Press.
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K. & Xin Zhang, J. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: comparision of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 69-88.
- Secretaría de Educación Pública (2015-2016). *Panorama de la educación superior en el Estado de Yucatán*. México: el autor.
- Secretaría de Salud del Gobierno de México, SSA. (2015). *Programa de acción específico, salud mental 2013-2018*. México: el autor.
- Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. España: Byblos.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sen, A. (1985). Well-being, agency, and freedom: The Dewey lectures 1984. *Journal of Philosophy*, 82(4), 169-221.
- Sen, A. (1988). The concept of development. En Chenery, H & Srinivasan, T. N. (Eds), *Handbook of Development Economics, Volume I* (pp.10-25). Elsevier Science Publishers.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Nueva York: Anchor.
- Servicios de Salud de Yucatán, SSY. (2015). Catálogo de programas de bienes y servicios públicos 2015. Yucatán: el autor.
- Sharma, P. (2010). Positive Mental Health , Need for Holistic Approach. *Kathmandu*

- University Medical Journal*, 8(32), 360–362.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and social psychology bulletin*, 22(12), 1270-1279.
- Silva-Gutiérrez, B. N. y De la Cruz-Guzmán, U.O. (2017). Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del cuestionario de salud general (GHQ28). *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8), 1-26.
- Snowshoe, A. (2015). *The Cultural Connectedness Scale and its Relation to Positive Mental Health among First Nations Youth*. Electronic thesis: Western University. Recuperado de: <http://ir.lib.uwo.ca/etd/3107>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Talam, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tengland, P. (2001). *Mental health: a philosophical analysis*. Netherlands: Kluwer academic publishers.
- Tengland, P.-A. (2016). Venkatapuram's Capability theory of Health: A Critical Discussion. *Bioethics*, 30(1), 8–18. <https://doi.org/10.1111/bioe.12223>
- Tinoco, U. (Coord.). (2016). *Cambio climático y derechos humanos (1ra reimp.)*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos
- Triandis, H. C. (1994). Cultura. El nuevo énfasis en psicología. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10(1), 1-20.
- Triandis, H.C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- Triandis, H.C. (2005). Issues in individualism and collectivism research. En R.M. Sorrentino, D. Cohen, J. M. Olson y M. P. Zanna (Eds.): *Cultural and Social*

- Behavior: The Ontario Symposium, vol. 10.* Mahawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Triandis, H. C., Chen, X. P., & Chan, D. K. (1998). Scenarios from the measurement of collectivism and individualism. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 29*(2), 275-289.
- Toribio, L. (2017). Factores protectores de la salud mental positiva en adolescentes. Tesis de doctorado no publicada. Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Toribio, L. P., González-Arratia, N.L., Oudhof, H. V. & Gil, M. L. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología, 37*(2), 131-143.  
doi:<http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03>
- Urteaga, M. (2011). *La construcción juvenil de la realidad.* México: Universidad autónoma Metropolitana.
- Valdez Medina, J. (1998). *Las redes semánticas naturales usos y aplicaciones en psicología social.* México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdivia, R G. (2017). Bienestar psicológico e identidad sociocultural en grupos de educación superior de procedencia rural y urbana en el Cusco. Tesis de doctorado no publicada. Cusco: Universidad Mayor de San Marcos.
- Valiant, G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition?. *World psychiatry, 11* (2), 93–99. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363378/>
- Vázquez, N., Díaz, G. y Pérez, A. (2015). La sombra de la violencia estructural en los jóvenes universitarios. *RECERCA, REVISTA DE PENSAMENT I ANÀLISI, 16*, 59-86, doi: <http://dx.doi.org/10.6035/Recerca.2015.16.4>
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo, 27*(1), pp. 40-49. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106> ISSN 0214-7823
- Vera Noriega, J., Rodríguez Carvajal, C. y Grubits, S. (2009). La psicología social y

- el concepto de cultura. *Psicologia & Societae*; 21(1), 100-107.
- Vera-Romero, O. y Vera-Romero, F. M. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 6(1), 41-45.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.  
Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/262715059\\_Bienestar\\_Psicologico\\_Apoyo\\_Social\\_Percibido\\_y\\_Percepcion\\_de\\_Salud\\_en\\_Adultos\\_Mayores](https://www.researchgate.net/publication/262715059_Bienestar_Psicologico_Apoyo_Social_Percibido_y_Percepcion_de_Salud_en_Adultos_Mayores)
- Weinstein, N., Przybylski, A. K., & Ryan, R. M. (2012). The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy. *Journal of Research in Personality*, 46, 397-413. doi: 10.1016/j.jrp.2012.03.007
- Zhang, W., Chen, Q., McCubbin, H., McCubbin, L. & Foley, S. (2011). Predictors of mental and physical health: Individual and neighborhood levels of education, social well-being and ethnicity. *Health & Place*, 17, 238-247. doi:10.1016/j.healthplace.2010.10.008
- Zubieta, E., Fernández, O., y Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, (106), 7-27.

## Anexo 1. Formato de consentimiento informado

No. \_\_\_\_\_

### Proyecto de Investigación: Salud mental positiva: un estudio psico-socio-cultural

#### Estimado(a) Universitario(a):

Por este medio, se te invita cordialmente a participar en la investigación: **Salud mental positiva, un estudio psico-socio-cultural en jóvenes universitarios**, cuyo propósito es determinar la importancia de algunos factores psicológicos, sociales y culturales sobre la salud mental positiva como parte de mi trabajo de tesis del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Tu participación consiste en contestar un cuestionario con varias secciones, cada una con sus instrucciones y preguntas relacionadas con tu forma de actuar, pensar, sentir ante la vida y la sociedad. Y algunos datos sociodemográficos.

Tu colaboración es importante porque ayudas a obtener resultados científicos sobre salud mental de las y los jóvenes universitarios para fomentarla junto con las capacidades positivas y de esta forma realizar futuras intervenciones para su promoción y mejora. Sin embargo, es totalmente voluntario, siéntete libre de no participar si así lo deseas.

Toda la información obtenida es confidencial, se protegerá tu privacidad e intimidad, ya que los resultados se usarán con fines estadísticos y de investigación. Si tienes alguna duda no dudes en expresarla.

Consentimiento informado:

Yo (es opcional poner tu nombre): \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior; he sido informado(a) y entiendo los objetivos y beneficios de la investigación y que los resultados obtenidos pueden ser publicados y difundidos con fines científicos guardando mi anonimato y confidencialidad, por lo que acepto participar en este proyecto de investigación de forma voluntaria.

Acepto: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Finalmente deseo agradecerte por tu tiempo, honestidad y participación.

**Investigadora responsable:** Mtra. Mónica Barrera Guzmán (email: monica\_lb@yahoo.com).

## Anexo 2. Datos sociodemográficos

Por favor contesta los siguientes datos marcando la opción según sea el caso.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: mujer \_\_\_\_\_ hombre \_\_\_\_\_

Lugar de origen: \_\_\_\_\_ Tiempo de vivir en Mérida: \_\_\_\_\_

Licenciatura \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ cursas:  
Semestre: \_\_\_\_\_

Estado civil: soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

¿De quién dependes económicamente principalmente?:

Papá \_\_\_\_\_ mamá \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_ Yo mismo \_\_\_\_\_ otro (¿Quién?) \_\_\_\_\_

¿Cuál es la principal ocupación de esta persona? (escríbelo o elige una opción):

Empleada(o) \_\_\_\_\_ Empresario(a) \_\_\_\_\_ Por cuenta propia \_\_\_\_\_ Por honorarios o  
contratos temporales \_\_\_\_\_

Labores domésticas remuneradas \_\_\_\_\_ Labores domésticas no remuneradas \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Con referencia de seis meses a la fecha actual contesta lo siguiente indicando con una "x" la opción que más se aproxime a tu situación:

1. ¿En cuál de los siguientes se ubica el máximo nivel de estudios completos de tu papá?

Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Técnica	Licenciatura	Posgrado
---------	----------	------------	--------------	---------	--------------	----------

2. ¿En cuál de los siguientes se ubica el máximo nivel de estudios completos de tu mamá?

Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Técnica	Licenciatura	Posgrado
---------	----------	------------	--------------	---------	--------------	----------

3. ¿Sumando los ingresos mensuales de todos los miembros de tu hogar, en cuál de los siguientes rangos se ubica el ingreso total de tu hogar (de todas las personas que tienen ingresos en tu hogar)?

0 a 3100 pesos	3,100 a 6,200 pesos	6,200 a 9,400	9,400 a 12,500	12,500 a 25,000	25,000 a 31,200	31,200 a 46,800	46,800 a 62,400	Más de 62,400	No lo sé
----------------------	---------------------------	---------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------	-------------

4. ¿Cuántas habitaciones hay en tu hogar(familiar) para dormir (no incluye corredores o espacios compartidos)?

Una	Dos	Tres o más
-----	-----	------------

5. ¿Cuántas personas viven permanentemente en tu hogar (familiar)? (sin incluir servicio doméstico)

Más de 3	1 a 3
----------	-------

6. ¿Cuentas con alguna beca 

Si	No
----	----

 para tus estudios?

7. ¿Con que institución cuentas principalmente cuando tienes problemas en tu salud?:

Ninguna	Seguro popular	IMSS o ISSTE	Consultorio de farmacia, Dr. Simi	Atención Privada (consultas, clínica)/ seguro de gastos médicos particular
---------	----------------	--------------	-----------------------------------	--

8. ¿En qué te transportas mayormente para ir a la universidad?

Transporte público	Aventón	Taxi /Plataforma electrónica (uber, Didi, etc)	Auto familiar	Auto propio
--------------------	---------	--	---------------	-------------

9. ¿Con cuál de los siguientes aparatos cuentas para ti en tu casa? (Puedes marcar más de una):

Impresora	Computadora	Tablet	Celular	Ninguno
-----------	-------------	--------	---------	---------

10. ¿Con cuál de los siguientes servicios cuentas en tu casa? (Puedes marcar más de uno)

Internet	Televisión pagada (izzi, sky, Netflix, etc)	Teléfono fijo	Ninguno
----------	---	---------------	---------

11. ¿Consideras que tus recursos económicos son suficientes para cubrir los gastos de tus estudios y demás necesidades básicas? (de alimentación, vestido, tiempo libre, salud, transporte.) Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Guion de entrevista a profundidad

Mónica Barrera Guzmán. Doctorado en Ciencias Sociales, UADY.

Fase cualitativa

#### Guion de entrevista a profundidad

Aunque se abordarán los temas que vayan surgiendo y conforme vayan surgiendo, estos son los temas básicos que se pretende tocar en la entrevista a profundidad

Temas para abordar	Preguntas sugeridas o puntos a tocar	Objetivo
<p>Construcciones, significados alrededor de la salud y salud mental.</p> <p>Características de una persona con una buena salud mental (salud mental positiva)</p>	<p>Significado de salud y salud mental</p> <p>¿Qué es una buena salud mental? (¿Qué características tiene una persona con buena salud mental?)</p> <p>¿Para qué crees que sirve tener salud mental?</p>	<p>Identificar los componentes y concepciones positivas de la salud mental (salud mental positiva), su importancia.</p> <p>Identificar indicadores de salud mental positiva (comparar con la teoría).</p>
<p>Construcción de la salud mental</p> <p>Factores que influyen en la salud mental positiva</p>	<p>-¿Cómo se construye la salud mental?</p> <p>¿Cómo es la salud mental de los jóvenes?</p>	<p>Identificar las principales influencias determinantes o predictoras en la construcción de la salud mental desde la perspectiva de los jóvenes.</p> <p>Identificar las principales influencias psico-socio-culturales en la construcción</p>

<p>-individuales -sociales -culturales  (micro-meso-macro)</p>	<p>¿Qué factores influyen en la salud mental de un joven? ¿Cuáles la determinan?</p> <p>-¿Qué factores influyen en tu vida para tener una buena salud mental?</p> <p>¿En que influye cada uno?</p>	<p>de la propia salud mental positiva</p> <p>Identificar como perciben su propia salud mental y la de los jóvenes a través de su experiencia.</p>
--	--	---

## Anexo 4. Muestra de los reactivos que componen las escalas del cuestionario.

### Cuestionario.

Este cuestionario explora algunos aspectos de salud, personalidad y sociedad. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responde con la mayor sinceridad posible y si tienes alguna duda, pregunta con toda confianza. Por favor asegúrate de contestar todos los reactivos. Gracias por colaborar.

#### Sección A-1. (14 reactivos)

A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones, por favor lee cada una y marca con una X el recuadro que refleje mejor como piensas y eres. Es muy importante que no dejes ninguna pregunta sin contestar, considerando la siguiente escala: 1 = "Nada", 2 = "Un poco", 3 = "Algo", 4 = "Mucho", y 5 = "Muchísimo".

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
	1	2	3	4	5
1. Tomo en cuenta a los demás en la toma de decisiones.					
2. Soy original como lo pueden ser otros.					
3. Prefiero callar que incomodar a los demás.					

**Sección A-2 (35 reactivos).** A continuación, se te presentan una serie de frases que se refieren a algunos aspectos que una persona puede sentir, pensar o vivir diariamente. Tomate el tiempo necesario para leer cada frase e indica con qué frecuencia experimentas o vives cada una de ellas siguiendo la escala siguiente:

Nunca      Casi nunca      A veces      Casi siempre      Siempre

EN GENERAL YO...	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Me adapto fácilmente a diferentes situaciones sociales.	<input type="checkbox"/>				
2. Me siento bien con la salud que tengo.	<input type="checkbox"/>				
3. Siento que mi organismo funciona de manera aceptable para mí.	<input type="checkbox"/>				

**Sección A-3.** Por favor, indica con una X que tan de acuerdo estas con cada afirmación tomando en cuenta la siguiente escala:

1 = "Totalmente en desacuerdo", 2 = "En desacuerdo", 3 = "Un poco en desacuerdo", 4 = "Un poco de acuerdo",

5 = "De acuerdo" y 6 = "Totalmente de acuerdo".

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6
1. Siento que no pertenezco a algo que pueda llamar comunidad.						
2. El mundo es demasiado complejo para mí.						
3. Mi comportamiento tiene algún impacto sobre otras personas de mi comunidad.						
4. Pienso que tengo algo valioso que aportar al mundo.						
5. Creo que la sociedad ha dejado de progresar.						

**Sección A-4.** A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones acerca de tus experiencias generales. Por favor, indica con una X que tan cierta es cada afirmación de tus experiencias en general. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responde de acuerdo con lo que realmente refleja tu experiencia en lugar de lo que piensas que debería ser, siguiendo la siguiente escala:

1 = "nada cierto", 2 = "un poco cierto", 3 = "algo cierto", 4 = "mayormente cierto" y 5 = "completamente cierto".

	Nada cierto	Un poco cierto	Algo cierto	Mayormente cierto	Completamente cierto
	1	2	3	4	5
1. Mis decisiones representan mis valores y sentimientos más importantes.					

### Sección B.

A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones sobre diferentes experiencias familiares y de amistad. Por favor, indica con una X que tan cierta es cada afirmación. Las opciones de respuesta son: "SÍ", "NO" y "NO SÉ".

	SÍ	NO	NO SÉ
1. Mi familia me da mucho ánimo.			
2. Yo recibo consejos prácticos de mi familia.			
3. La mayoría de la gente es más cercana a su familia que yo a la mía.			
4. Mis amigos me dan muchos ánimos.			
5. La mayoría de la gente es más cercana a sus amigos que yo a los míos.			
6. A mis amigos les gusta escuchar lo que pienso.			

Por favor, revisa que ningún reactivo haya quedado sin responder.

### ¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

¿Te gustaría colaborar en una entrevista posterior sobre estos temas? Es totalmente anónimo. Si es así por favor proporciona alguna manera de contactarte:

\_\_\_\_\_ gracias!

Si tienes alguna observación o comentario sobre el cuestionario puedes escribirlo aquí abajo:

**Anexo 5. Tabla muestra de códigos significativos y documentos primarios**

Códigos	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	TOTALES
3. Determinantes Individuales de smp (micro)	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
3.1 Agencia	6	0	2	0	4	2	2	1	4	1	2	2	26
3.2 Otros Determinantes individuales	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	10
4. Determinantes Sociales (meso)	6	2	3	3	2	1	2	2	1	1	0	0	23
4.1 Apoyo social	0	0	2	3	4	3	1	1	1	0	1	3	19
4.1.1 Apoyo social percibido de la familia	4	3	4	4	2	2	3	2	2	2	0	3	31
4.1.2 Apoyo social percibido de los amigos	0	1	4	6	3	4	4	2	0	1	0	2	27
4.2 Bienestar social	1	0	1	0	0	4	0	0	0	1	0	1	8
4.4. Determinante Socioeconomico	0	2	0	3	2	3	2	1	1	0	0	1	15
4.5 Red social	4	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	12
4.6 Escuela	4	1	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0	13
4.7 Exigencias familiares con la escuela	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
4.9 Pareja	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
4.9 Redes sociales virtuales	0	0	3	0	2	0	1	0	0	2	0	0	8
5. Determinantes Culturales (macro)	2	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	7
5.1.2 Individualismo vertical	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
5.2 Colectivismo general	3	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	7
5.2.1 Colectivismo horizontal	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	4
5.2.2 Colectivismo vertical	4	0	5	0	2	2	0	0	1	2	0	5	21
5.3 Género	2	0	5	0	0	1	0	0	1	1	1	2	13
5.4 otros Determinantes culturales-macro	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	9
Amigos positivos	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	7
Cultura Yucateca.....	0	0	1	0	0	0	0	3	1	2	1	4	12
La familia	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Los amigos	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Presión	1	0	1	0	0	3	1	3	1	1	1	7	19
<b>TOTALES:</b>	<b>51</b>	<b>15</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>38</b>	<b>320</b>