

CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA

M^a Teresa Lluch Canut
Universidad de Barcelona (España)

Resumen

Los objetivos del presente trabajo son: a) construir un cuestionario para evaluar la salud mental positiva siguiendo el modelo conceptual planteado por Jahoda (1958) y b) analizar las propiedades psicométricas del instrumento y valorar el modelo hipotético planteado. La muestra fue de 387 estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Los resultados generales apuntan un modelo de salud mental positiva distinto al planteado por Jahoda. Los análisis psicométricos son favorables: índice de homogeneidad de los ítems superior a 0,25; coeficiente alfa de la escala global 0,91 y fiabilidad test-retest de 0,85; correlación entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972) de -0,41; los seis factores extraídos a través del análisis factorial exploratorio explican el 46,8% de la varianza total. Sin embargo, serán necesarias nuevas investigaciones para asentar la generalizabilidad de los resultados psicométricos del cuestionario y confirmar el nuevo modelo de salud mental positiva.

PALABRAS CLAVE: *Salud mental positiva, promoción de la salud mental, evaluación psicológica.*

Abstract

The aims of this study are: a) to devise a questionnaire to evaluate positive mental health following the conceptual model proposed by Jahoda (1958), and b) to analyse the instrument's psychometric properties in order to assess the hypothesized conceptual model. The sample comprised 387 students from the Nursing School at the University of Barcelona. The general results point to a model of positive mental health that differs from Jahoda's. The psychometric analyses of the questionnaire were favorable: the homogeneity index of the items was above

Correspondencia: M^a Teresa Lluch Canut, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, Feixa Larga, s/n 08907-Hospitalet de Llobregat, Barcelona (España). E-mail: tlluch@bell.ub.es

Agradecimientos: A los profesores de la Universidad de Barcelona Dra. Juana Gómez del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y Dr. Eugenio García del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, por su apoyo, colaboración y amistad. A los alumnos participantes.

Esta investigación ha sido parcialmente financiada por el proyecto número BSO2001-3751-C02-02 de la Dirección General de Investigación (DGI) del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España.

0.25; the alpha coefficient of the global scale was 0.91 and the test-retest reliability coefficient 0.85; the correlation between the Positive Mental Health Questionnaire and Goldberg's General Health Questionnaire (Goldberg, 1972) was -0.41; the six factors extracted from the exploratory factor analysis explained 46.8% of total variance. However, further research is necessary before the psychometric results of the questionnaire can be generalized and the new model of positive mental health confirmed.

KEY WORDS: *Positive mental health, mental health promotion, psychological assessment.*

Introducción

La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, enfermería, sociología, economía, etc.). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes sobre la salud mental, a veces, difíciles de conjugar. Por otra parte, el objeto de estudio: la psicología del ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices. Esta intrincada miscelánea ha generado diversos intentos de definición de la salud mental y, por el momento, las divergencias superan a los acuerdos. Parece prácticamente imposible encontrar una definición universal y totalmente aceptada del término. Sin embargo, es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental.

Aunque la filosofía que impregna el término salud mental es de carácter marcadamente positivo, en la práctica asistencial la referencia para definir la salud mental es la enfermedad. El postulado básico es «salud igual a ausencia de enfermedad» y el objetivo fundamental es la curación. Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional y responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y curar a las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental. Desde la *perspectiva positiva*, se intenta definir la salud mental a través de la salud. El postulado básico es: «salud igual a algo más que ausencia de enfermedad» y, al menos sobre el papel, permite trabajar sobre aspectos de promoción y prevención. En esta línea se han definido hace ya años organismos como la Federación Mundial de Salud Mental y la Organización Mundial de la Salud (1978). La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997; Ugalde y Lluch, 2001). En este sentido, existen algunos modelos de salud mental general, como el de Warr (1987) que recogen componentes de carácter marcadamente positivo en su definición. Asimismo, existen relevantes teóricos que abogan por la vertiente positiva de la salud mental, resaltando la importancia de la promoción y la prevención. Para ello, proponen la utilización de términos afines a la salud mental positiva como son: optimismo, satisfacción, bienestar o cali-

dad de vida (Avia y Vázquez, 1998; Leventhal y Colman, 1997; Liberalesso, 2002; Magaletta y Oliver, 1999; Miller, 1999; Orley y Saxena, 1998; Seligman, 1998; Valera, 1996). Al igual que la salud mental, estos conceptos también presentan sus dificultades tanto conceptuales como métricas, planteando cuestiones como la objetividad/ subjetividad o la unidimensionalidad versus la multidimensionalidad.

Sin embargo, el término *salud mental positiva* está poco utilizado. El único documento localizado que recoge de forma explícita la perspectiva positiva y multicriterial de la salud mental es la monografía elaborada por Jahoda (1958). La autora planteó un modelo de salud mental positiva configurado por seis criterios generales (ver tabla 1) la mayoría de los cuales desglosa en varias dimensiones o criterios específicos (16 en total). Su trabajo constituye un punto de referencia importante para todos los teóricos que consideran la salud mental como algo más que ausencia de enfermedad (Sánchez, 1991). Y «... aún hoy día sigue considerándose como la más completa revisión del concepto positivo de salud mental» (Jarne y Requena, 1996, pág. 21). Sin embargo, el modelo actualmente está en el mismo punto en el que lo dejó la autora y no se ha encontrado ningún intento de evaluarlo empíricamente.

Por otra parte, el campo de la evaluación refleja, en gran parte, el estado conceptual de la salud mental y, por tanto, comparte las mismas dificultades y deficiencias. Para el desarrollo del presente trabajo se han revisado alrededor de 200 escalas de evaluación de la salud mental y las principales conclusiones a las que se ha llegado son: a) Existe una amplia gama de escalas para detectar y evaluar trastornos mentales específicos; b) La mayoría de escalas que evalúan la salud mental (como concepto global) la consideran una dimensión de la salud general y se centran en confirmar la presencia/ausencia de malestar psíquico (fundamentalmente explorando síntomas físicos de ansiedad y/o depresión). Normalmente se aplican a poblaciones con problemas o bien a población general para valorar el nivel de salud de la misma, es decir, para conocer los que están o no están enfermos; y c) Las escalas que evalúan la vertiente positiva de la salud mental están configuradas a partir de conceptos afines tales como bienestar psicológico, satisfacción personal o calidad de vida. En este sentido destacan como más próximas a la línea de evaluación de la salud mental positiva: la «Escala de Calidad del Bienestar» de Kaplan (Kaplan, Sieber y Ganiats, 1997), la «Escala de Equilibrio Afectivo» de Bradburn (1969), la «Escala de Bienestar General» de Dupuy (1984), el «Índice de Satisfacción de Vida» de Neugarten, Havighrust y Tobin (1961) y de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1980), el «Inventario de Salud Mental» de Ware, Kosinski y Keller (1994), el «Cuestionario de Calidad de Vida» de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL group, 1994) o los cuestionarios de Calidad de Vida elaborados por Ruiz y Baca (1993) y García-Riaño (1998).

Pero en la amplia revisión bibliográfica realizada se ha podido constatar que no existe ninguna escala que evalúe integralmente el constructo *salud mental positiva*. Los pocos estudios localizados (seis en total) en cuyo título aparece explícitamente el nombre «salud mental positiva», evalúan el constructo a partir de escalas ya existentes que, como mucho, valoran conceptos afines o posibles dimensiones de la misma, como autoestima, autorrealización, satisfacción o sen-

tido de la coherencia (Harris y Brown, 1978; Leak y McCarthy, 1984; Minsel, Becker y Krochin, 1991; Seva, Magallón, Merino y Sarasola, 1990; Shek, 1998; Statistics Canada, 1999).

En definitiva, hemos podido comprobar que el concepto salud mental positiva entendido como aquella parte de la salud mental referida a ese «algo más que ausencia de enfermedad» está poco estudiado. Sin embargo, para trabajar en la promoción de la salud mental sería de gran utilidad poder disponer de un modelo de salud mental positiva y de un instrumento de evaluación específica que aportará orientación y guía para trabajar con población «mentalmente sana». Todos estos datos nos condujeron a iniciar una línea de investigación en salud mental positiva con el doble objetivo de intentar operacionalizar el modelo de salud mental positiva planteado por Jahoda (1958) y construir un instrumento de evaluación que se correspondiera con el modelo planteado y que tuviera buenas propiedades psicométricas. Para ello, se realizó un estudio exploratorio inicial en el que se intentó medir el modelo en su versión más completa (seis criterios o factores generales desglosados en 16 dimensiones o subfactores) y se construyó un cuestionario con 176 ítems (11 ítems para cada dimensión). La estructura planteada no se cumplió y los resultados perfilaron la existencia de factores generales de carácter unidimensional (Lluch, 2002). El estudio que se presenta es la continuación del trabajo iniciado y sus objetivos han sido: a) construir un instrumento de medición de la salud mental positiva que se correspondiera con la estructura de seis factores generales planteados por Jahoda (1958) (ver tabla 1) y b) analizar las propiedades psicométricas del instrumento y valorar el modelo hipotético planteado.

Tabla 1

Modelo hipotético de salud mental positiva formulado siguiendo los 6 criterios generales planteados por Jahoda (1958)

Factor 1: <i>Actitudes hacia sí mismo</i>
Factor 2: <i>Crecimiento y autorrealización</i>
Factor 3: <i>Integración</i>
Factor 4: <i>Autonomía</i>
Factor 5: <i>Percepción de la realidad</i>
Factor 6: <i>Dominio del entorno</i>

Método

Sujetos

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 387 estudiantes de primer y segundo curso, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. La edad

media de los estudiantes fue de 20,9 años, con una desviación estándar de 4,.09 y un rango que va de 14 a 50 años. Considerando la edad por sexos, la media de edad de los hombres fue superior (24,1 años) a la de las mujeres (21,6 años) en el segundo curso mientras que en el primero prácticamente fue la misma (20,2 años los hombres y 20,6 años las mujeres). La muestra fue mayoritariamente femenina (87,1% de mujeres y 12,9% de hombres), manteniéndose la misma proporción de hombres y mujeres en ambos cursos (primero y segundo).

Con el objetivo de valorar la fiabilidad test-retest se realizó una segunda pasación del cuestionario, con 40 días de diferencia, a 298 sujetos, manteniendo las mismas condiciones e instrucciones de aplicación. Del mismo modo que en la pasación inicial, la muestra fue mayoritariamente femenina (86,8% de mujeres y 13,2% de hombres).

Material y procedimiento

Se construyó un instrumento de medición, estructurado en base a los seis criterios de salud mental positiva de Jahoda (1958). Se siguieron los siguientes pasos: 1) Definición conceptual de factores; 2) Selección y elaboración de ítems. Se elaboró un instrumento de medición con 10 ítems para cada factor general. Por tanto, el cuestionario quedó formado por 60 ítems (ver Anexo) repartidos de forma equilibrada entre los seis factores generales que configuraban el modelo hipotético planteado. Para su construcción, se recuperaron 37 de los 40 ítems aceptados en un estudio exploratorio realizado con anterioridad (Lluch, 2002), se eliminaron ítems de aquellos factores que tenían más de 10 y se elaboraron 23 ítems nuevos para completar los factores que tenían menos de 10 ítems. Una vez construida la escala fue entregada de forma individual a cinco expertos en salud mental para que la analizaran. Los resultados están descritos en el apartado de validez de contenido; 3) Estructuración del cuestionario. Los ítems de cada factor se numeraron y distribuyeron de forma aleatoria, con igual proporción de ítems positivos y negativos. Se formularon como afirmaciones (positivas y negativas) ofreciendo cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre; con bastante frecuencia; algunas veces; nunca o casi nunca).

Para analizar la validez de criterio se pasó el «Cuestionario de Salud General» (*General Health Questionnaire*, GHQ-12; Goldberg, 1972). Como se ha indicado anteriormente, no existe ningún instrumento que evalúe la salud mental desde la perspectiva planteada en nuestro estudio. Sin embargo, muchos autores utilizan el GHQ para valorar la salud mental de poblaciones e individuos y diferenciar entre presencia/ausencia de sintomatología psíquica. Como complemento se analizaron cuatro variables criterio referidas a estado de salud (física y mental) y visitas al médico y al psicólogo que se incluyeron como preguntas anexas al cuestionario.

Las pruebas (tanto inicial como re-test) se administraron a todos los alumnos de enfermería, de ambos cursos (primero y segundo) que el día de la pasación asistieron a clase y voluntariamente se brindaron a responder. Las instrucciones que recibieron para contestar a las pruebas se muestran en el Anexo de este trabajo. La variable

«Código» se recogió para poder identificar los sujetos en el retest, manteniendo su anonimato. Para ello se solicitó que el código que cada alumno anotará correspondiera a las últimas cuatro cifras de su número de teléfono personal.

Análisis psicométricos

Los diversos análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS (Norusis, 1998) versión 8.0. El análisis de ítems se efectuó mediante el índice de homogeneidad (correlación ítem-factor). La fiabilidad del instrumento se calculó mediante: a) el coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1990) para medir la consistencia interna de cada escala y b) la correlación test-retest para medir la estabilidad temporal de la escala. Para la validez de contenido se seleccionaron cinco jueces expertos en el tema: tres psicólogos y dos psiquiatras especializados en prevención, promoción y evaluación de la salud mental. Para la validez de criterio se realizaron análisis correlacionales entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) y: a) el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg (1972) y b) variables referidas al estado de salud física y mental. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio, según el método de Componentes Principales, aplicando una rotación oblimin que según Nunnally y Bernstein (1995) puede aportar una definición factorial más precisa. Se analizaron, también, las correlaciones entre factores. Casi todos los análisis se realizaron dos veces: con los datos obtenidos inicialmente (I-Estudio exploratorio) y con la escala resultante (II-Características psicométricas de la nueva escala).

Resultados

I. Estudio exploratorio (Cuestionario con 60 ítems)

En el *análisis de ítems* se aplicó el criterio de eliminar el ítem cuando la correlación ítem/factor fuera inferior a 0,25. De los 60 ítems que configuraban el cuestionario, hubo 6 que no cumplieran el criterio establecido.

Validez de constructo. Dado que el modelo de medida hipotetizado tenía seis factores, el número de factores a extraer se limitó a seis. Los seis factores obtenidos explicaron el 39,7% de la varianza total del cuestionario. En la matriz factorial, el criterio que se utilizó para determinar la composición de cada factor fue que los ítems tuvieran una saturación igual o superior a 0,40. La estructura global del cuestionario quedó configurada por un total de 39 ítems (de los 60 inicialmente propuestos) ya que 21 no saturaron en ningún factor o lo hicieron con cargas inferiores a 0,40. La distribución de los ítems en los factores resultó algo diferente a la planteada en el modelo hipotético inicial y no se confirmó totalmente ninguno de los factores planteados en el modelo hipotético.

Validez de contenido. Los expertos consultados analizaron la escala aplicando criterios de relevancia y representatividad para evaluar la adecuación del contenido de

los ítems a los factores. Otros criterios que valoraron fueron: la longitud del cuestionario y el número de factores propuestos. El análisis se llevo a cabo antes de la pasación de la escala. Los informes fueron en todos los casos favorables, con un nivel unánime de acuerdos.

En el *análisis de consistencia interna* se aplicó el criterio de considerar aceptable el coeficiente alfa cuando su valor fuera igual o superior a 0,70. Todos los factores propuestos en la estructura inicial, excepto uno (el factor 5 «Percepción de la realidad») presentaron un coeficiente alfa adecuado, con valores que oscilaron entre 0,71 y 0,83.

Los resultados de los diferentes análisis realizados, apoyaron la presencia de seis factores relacionados con la salud mental positiva, aunque apuntaron ciertas modificaciones en relación al modelo original propuesto en este estudio. En primer lugar, una configuración más reducida del instrumento de medida (39 ítems en lugar de 60 inicialmente propuestos). En segundo lugar, una composición desequilibrada de los factores, puesto que el número de ítems que se eliminaron no fue el mismo en cada factor. Y en tercer lugar, cambios en el contenido y en la denominación de los factores. Estos resultados condujeron a plantear el perfil de un nuevo modelo de salud mental positiva con la estructura que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

Contenido de los factores resultantes y denominación de los factores que configuran el nuevo «Modelo de Salud Mental Positiva»

Factores	Contenido de los ítems	Denominación
Factor 1	Satisfacción de la persona consigo misma, con la vida y con el futuro	<i>Satisfacción personal</i>
Factor 2	Predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás	<i>Actitud prosocial</i>
Factor 3	Capacidad para mantener el equilibrio personal	<i>Autocontrol</i>
Factor 4	Capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente	<i>Autonomía</i>
Factor 5	Búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y crecimiento personal	<i>Resolución de problemas y autorrealización</i>
Factor 6	Capacidad para interactuar con los demás	<i>Habilidades de relación interpersonal</i>

II. Características psicométricas de la nueva escala (Cuestionario con 39 ítems)

Los factores resultantes del estudio exploratorio perfilaron un modelo explicativo de la salud mental positiva diferente al planteado por M. Jahoda (1958). El nuevo cuestionario quedó configurado por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los seis factores.

La nueva escala fue analizada aplicando las mismas pruebas psicométricas y los mismos criterios que en el cuestionario inicial: análisis de ítems, análisis de fiabilidad

(consistencia interna y estabilidad temporal) y análisis de validez (de criterio y de constructo).

Análisis de ítems. Todos los ítems obtuvieron un índice de discriminación interna superior al criterio establecido ($r > 0,25$) y, por tanto, podrían ser aceptados en su totalidad.

Validez de constructo. En el *análisis factorial exploratorio* los seis factores extraídos explicaron el 46,8% de la varianza total del cuestionario. El factor 1 fue el que explicó un mayor porcentaje de varianza (23,1%) mientras que los otros 5 factores participaron en un porcentaje mucho menor, que fue desde el 6,7% del factor 2 hasta el 3,8% del factor 6. En la matriz factorial resultante (ver tabla 3), los pesos de cada ítem, respecto del factor extraído, fueron superiores a 0,40 en todos los casos. Por tanto, se mantuvo la estructura planteada del cuestionario con un total de 39 ítems que saturaron en los distintos factores propuestos con valores superiores a 0,40. Los factores resultantes se correspondieron con la configuración inicialmente propuesta.

Las correlaciones entre los seis factores del modelo resultante de salud mental positiva se muestran en la tabla 4. Se puede observar que todos los factores correlacionaron con la escala global, con valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Todas las correlaciones entre factores fueron inferiores a 0,70, valor límite según Nunally y Bernstein (1995) para mantener una concepción multifactorial.

Validez de criterio. La correlación global del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) fue de $r = -0,41$. El sentido negativo de la correlación es lógico ya que el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) mide enfermedad y el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) mide salud. La correlación no fue muy elevada pero resulta aceptable teniendo en cuenta que los componentes de la salud mental que evalúan cada uno de ellos son diferentes. En relación a las preguntas relativas al estado de salud física y mental de la muestra, no se obtuvo ninguna correlación estadísticamente significativa entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) y las variables criterio consideradas (ni con la escala global ni con ningún factor). Sin embargo, las preguntas dirigidas a explorar el estado de salud mental tuvieron una correlación más alta con la escala ($r = 0,22$) que las preguntas referidas al estado de salud física ($r = 0,11$). Estas correlaciones, a pesar de no ser estadísticamente significativas, van en la dirección de los resultados esperados. Se perfila así una «posible relación» con las variables vinculadas a la salud mental, que requerirá estudios posteriores, con muestras más amplias y sujetos clínicos.

Fiabilidad. En los resultados reflejados en la tabla 5 se puede observar que el índice de fiabilidad de la escala global fue muy satisfactorio ($\alpha = 0,91$) y que todos los factores, excepto el 2 «Actitud prosocial», obtuvieron un coeficiente alfa superior a 0,70. La consistencia interna de todos los ítems de cada factor fue óptima ya que en ningún caso la exclusión de un ítem incrementaba el valor del alfa global del factor. En el análisis de fiabilidad test-retest, los resultados obtenidos para la escala global fueron muy satisfactorios con una correlación test-retest de 0,85 (ver tabla 5). Para cada uno de los seis factores se obtuvieron valores superiores a 0,70 en todos los casos, excepto en el factor F2 «Actitud prosocial» (con una $r = 0,60$, aunque estadísticamente significativa $p > 0,001$). Este factor también presentó, en el análisis de consistencia interna, un índice alfa por debajo del criterio establecido.

Tabla 3
Matriz factorial de los 39 ítems que configuran el
Cuestionario «definitivo» de Salud Mental Positiva (CSM+) (N=387)

ÍTEM	FACTORES					
	F 1*	F 2*	F 3*	F 4*	F 5*	F 6*
«Me siento insatisfecha de mi aspecto físico»	0,76					
«Me gusta como soy»	0,71					
«Para mi la vida es aburrida y monótona»	0,70					
«Veo mi futuro con pesimismo»	0,61					
«Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada»	0,61					
«Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o»	0,56					
«Me siento a punto de explotar»	0,55					
«Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean»	0,53					
«Me gusta ayudar a los demás»		0,68				
«Pienso en las necesidades de los demás»		0,63				
«A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías»		0,51				
«A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas»		0,51				
«Pienso que soy una persona digna de confianza»		0,42				
«Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida»			0,78			
«Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas»			0,76			
«Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos»			0,66			
«Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal»			0,62			
«Los problemas me bloquean fácilmente»			0,42			
«Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi»				0,77		
«Me preocupa que la gente me critique»				0,74		
«Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones»				0,65		
«Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy inseguro»				0,47		
«Me resulta difícil tener opiniones personales»				0,41		
«Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan»					0,67	
«Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones»					0,57	
«Intento mejorar como persona»					0,56	
«Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o»					0,55	
«Delante de un problema, soy capaz de solicitar información»					0,51	
«Cuando hay cambios en mi entorno, intento adaptarme»					0,51	
«Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes»					0,51	
«Soy capaz de decir no cuando quiero decir no»					0,43	
«Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden»					0,43	
«Me considero un/a buen/a psicólogo/a»						0,62
«A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás»						0,61
«A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional»						0,60
«Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas»						0,54
«Creo que soy una persona sociable»						0,52
«Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas»						0,46
«Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes»						0,44

* F1: Satisfacción personal; F2: Actitud prosocial; F3: Autocontrol; F4: Autonomía; F5: Resolución de problemas y autorrealización; F6: Habilidades de relación interpersonal

Tabla 4
Correlación entre factores (N=387)

FACTORES	Satisfacción personal (F1)	Actual prosocial (F2)	Autocontrol (F3)	Autonomía (F4)	Resolución problemas y autorrealización (F5)	Habilidades de relación interpersonal (F6)
Satisfacción personal (F1)	-	0,19***	0,48***	0,50***	0,52***	0,39***
Actitud prosocial (F2)		-	0,18**	0,10*	0,32***	0,34***
Autocontrol (F3)			-	0,45***	0,52***	0,33***
Autonomía (F4)				-	0,50***	0,30***
Resolución de problemas y autorrealización (F5)					-	0,48***
TOTAL	0,77***	0,41***	0,72***	0,70***	0,83***	0,66***

Nivel de significación estadística general * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabla 5
Coeficiente alfa (N=387) y correlaciones test-retest (N=298) de los 6 factores y de la escala global

Factor	Alfa	Test-Retest
F1: Satisfacción personal	0,83	0,79
F2: Actitud prosocial	0,58	0,60
F3: Autocontrol	0,81	0,72
F4: Autonomía	0,77	0,77
F5: Resolución de problemas y autorrealización	0,79	0,77
F6: Habilidades de relación interpersonal	0,71	0,72
Escala Global	0,91	0,85

Conclusiones

Uno de los objetivos de este estudio era el de intentar operacionalizar el modelo de salud mental positiva planteado por Jahoda (1958). Los resultados obtenidos en el estudio piloto generaron cambios en el contenido y en la denominación de los factores y apuntaron hacia un modelo de salud mental positiva un tanto distinto del propuesto por Jahoda (1958). El reanálisis de la nueva escala confirmó los seis factores obtenidos en el estudio piloto perfilando la posibilidad de configurar un modelo de salud mental positiva compuesto por los siguientes factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autorrealización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6). La estructuración de estos seis factores en un modelo

explicativo de salud mental positiva supondría la articulación de aspectos, tanto teóricos como prácticos, que en la actualidad se abordan de forma independiente o dentro de marcos conceptuales poco integrados. Asimismo, el modelo que se perfila es coherente con los conceptos que se utilizan habitualmente en la bibliografía sobre el tema y con los programas aplicados de prevención y promoción de la salud. En este sentido, parece que los factores obtenidos están más próximos a la realidad que los planteados en el estudio siguiendo los criterios de Jahoda (1958). En líneas generales, el modelo de salud mental coincide con los conceptos teóricos que se utilizan desde la perspectiva positiva de la salud mental y, también, con los que se manejan desde una óptica negativa cuando el objetivo es «curar» o prevenir (Costa, 1994; Evenson y Vieweg, 1998; Olivares, Méndez y Lozano, 1998). Asimismo, los factores que se obtuvieron están íntimamente relacionados con la vertiente aplicada de la psicología y aparecen, con frecuencia, como dimensiones de los instrumentos de evaluación y como objetivos a potenciar o entrenar en los programas de prevención y promoción (Bados, 2001; Bradburn, 1969; Caballo, 1996; Comptom, Smith, Cornish y Qualls, 1996; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Dupuy, 1984; Fernández, 1998; Jones y Crandall, 1986; Lloret y Tomás, 1994; Muñoz, 1997; OMS, 1997; Pérez y García, 2001; World Health Organization Quality Of Lyfe-group, 1994). Por ejemplo, las habilidades sociales, las habilidades para resolver problemas o las estrategias que favorecen el autocontrol son técnicas esenciales, desde el enfoque cognitivo-conductual, para trabajar en el ámbito de la prevención (Bermúdez, 1997; Fábregas y García-Grau, 1995; González, Florez y Florez, 2000). Sin embargo, los seis factores de salud mental positiva identificados en esta investigación, se abordan a nivel teórico, en general, de forma aislada o se describen relaciones parciales entre dos o tres conceptos. Por ejemplo, la satisfacción personal con la autonomía (De Vries y Van Heck, 1997) o con el autocontrol (Heun, Burkart, Maier y Bech, 1999). Por otra parte, a nivel aplicado, encontramos bastantes programas de intervención multi-componentes que, entre otras técnicas, utilizan resolución de problemas y habilidades sociales (Fábregas y García-Grau, 1995). De todas formas, no se ha localizado ningún autor que integre los seis factores en un marco conceptual y les confiera la categoría de modelo. Por ello pensamos que el modelo de salud mental positiva que se ha perfilado en este estudio puede ser de gran importancia para trabajar tanto en el ámbito de la prevención como en el de la promoción de la salud mental. Pero resaltamos la necesidad de seguir explorando su estructura y configuración para una futura confirmación como modelo.

El otro objetivo de esta investigación era el de construir una escala para evaluar la salud mental positiva y analizar sus propiedades psicométricas. El cuestionario «definitivo» obtuvo resultados psicométricos, en general, satisfactorios. Como se ha señalado en los resultados, el factor 2 «Actitud prosocial» es el que presentó peores valores en fiabilidad; por tanto, sería necesario revisar el contenido y la redacción de los ítems. Sin embargo, tiene a su favor el hecho de ser el segundo factor que explica un mayor porcentaje de varianza (6,7%). A nivel teórico, resulta interesante que el análisis factorial haya diferenciado entre la actitud prosocial y las habilidades sociales que, en el modelo inicial, se habían planteado como un único factor. En este

sentido, la actitud prosocial es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena capacidad de comunicación.

Por otra parte, la correlación entre la escala elaborada en nuestra investigación y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972) fue moderada (-0,41). El problema básico que se encuentra a la hora de evaluar la validez de criterio es la falta de instrumentos que midan la salud mental positiva. Por tanto, se seleccionó una escala relativamente afín y reconocida por la mayoría de autores como una de las mejores para evaluar la salud mental en poblaciones «sanas». Sin embargo, las dimensiones valoradas por el cuestionario de Goldberg (1972) son diferentes de las que componen nuestra escala; esto podría explicar que la validez de criterio obtuviera los resultados menos satisfactorios. En este sentido, el «Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS» (WHOQOL-group, 1994) presenta problemas similares; las correlaciones de la escala global WHOQOL-group (1994) con los dos cuestionarios utilizados como criterio son bajas (entre 0.17 y 0.36). Como indican De Vries y Van Heck (1997), los resultados son tanto más favorables cuanto más afín es el instrumento-criterio a la dimensión evaluada y cuanto más simple y unidimensional es el constructo a medir.

Puesto que no existen escalas equivalentes, se han contrastado los resultados obtenidos con cuestionarios (24 en total) que intentan evaluar conceptos afines al de salud mental positiva o bien alguna de las dimensiones específicas de la misma. Las características psicométricas de nuestro cuestionario están en la línea de las que tienen otras escalas ampliamente utilizadas en el campo de la salud mental. Los coeficientes de consistencia interna globales, de las diversas escalas, tienen valores que van de 0,65 a 0,96 (nuestra escala 0,91). Los coeficientes de consistencia interna de los instrumentos que están estructurados en dimensiones presentan valores que van de 0,31 a 0,93 (en nuestro cuestionario van de 0,58 a 0,83). Los coeficientes de fiabilidad test-retest de las escalas globales están entre 0,50 y 0,98 (0,85 en nuestra escala) y para las escalas estructuradas por dimensiones los valores van de 0,38 a 0,97 (en nuestro cuestionario van de 0,60 a 0,79). Las correlaciones entre las escalas globales y las escalas-criterio están entre 0,08 y 0,96 (0,41 en nuestro cuestionario) y entre las diversas dimensiones y las escalas-criterio los valores de correlación están entre 0,11 y 0,92 (entre 0,04 y 0,47 en nuestro cuestionario). Los porcentajes de varianza explicada que se obtienen son: a) en escalas unifactoriales, entre el 39% y el 68%, b) en escalas con dos, tres o cuatro factores, entre el 43% y el 68,7% y c) en una escala con 6 factores el porcentaje es del 45,9% (en nuestro cuestionario 46,8%). Por otra parte, los resultados de nuestra escala son similares a los que presentan otros cuestionarios con estructuras o contenidos especialmente afines. Por ejemplo, la «Escala de Bienestar General» (*General Well-Being Schedule*, GWBS; Dupuy, 1984), el «Inventario de Salud Mental» (*Mental Health Inventory*, MHI; Ware, Kosinski y Keller, 1994) o la «Escala de Equilibrio Afectivo» (*The Affect Balance Scale*, ABS; Bradburn, 1969). Asimismo, los resultados de los factores específicos están en la línea de los obtenidos por cuestionarios que miden dimensiones similares. Por ejemplo, el «Índice de Satisfacción de Vida» (*The Life Satisfaction Index*, LSI; Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961), la «Escala de Satisfacción con la Vida» (*Satisfaction with Life Scale*, SLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) o el

«Cuestionario de Autocontrol» (*Self Control Schedule*, SCS; Rosenbaum, 1980). En este sentido, pensamos que en trabajos posteriores podrá ser interesante analizar la validez convergente del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) con algunas de estas escalas ya que, quizás, manejen conceptos más próximos a la vertiente positiva de la salud mental que el cuestionario de Goldberg (1972).

En definitiva, los resultados de la investigación son alentadores y tienden a apuntar que el cuestionario mide salud mental positiva. Se ha partido de un modelo reconocido por la mayoría de autores, los expertos consideran que el contenido de los ítems es idóneo y los factores obtenidos coinciden con los conceptos que aparecen en las publicaciones que abordan la vertiente positiva de la salud mental. Sin embargo, serán necesarias nuevas investigaciones para asentar la generalizabilidad de los resultados y confirmar que realmente mide salud mental positiva. En este sentido, es necesario verificar los resultados del cuestionario: análisis factorial, fiabilidad y validez en muestras más amplias y heterogéneas. Asimismo, hay que hacer investigaciones que permitan elaborar baremos para distintas poblaciones (sanas y clínicas) y estudios longitudinales, a largo plazo, para comprobar si los sujetos que obtienen puntuaciones altas en salud mental positiva tienen menos problemas físicos y/o mentales que las personas que obtienen puntuaciones bajas en la escala.

Referencias

- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13, 453-464.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Conceptos y modelos en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología*, vol. 1 (pp. 45-90). Madrid: McGraw-Hill.
- Bermúdez, M.P. (1997). La autoestima como estrategia de prevención. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (dirs.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 137-148). Madrid: Pirámide.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Caballo, V.E. (1996). Evaluación de las habilidades sociales. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 377-421). Madrid: Siglo XXI.
- Compton, W.C., Smith, M.L., Cornish, K.A. y Qualls, D.L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406-413.
- Costa, J.M. (1994). *Manual de psiquiatría*. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5ª edición). Nueva York: Harper Row.
- De Vries, J. y Van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation study with the Dutch Version. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 164-178.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, G. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Dupuy, H.J. (1984). The Psychological Well-Being (PGWB) Index. En N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg y J. Elison (dirs.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (pp. 184-188). Nueva York: Le Jacq.
- Evenson, R.C. y Vieweg, B.W. (1998). Using a quality of life measure to investigate outcome in outpatient treatment of severely impaired psychiatric clients. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 57-62.
- Fábregas, J. y García-Grau, E. (1995). *Técnicas de autocontrol*. Madrid: Alhambra Longman.
- Fernández, I. (1998). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos*. Madrid: Narcea.
- García-Riño, D. (1998). Inventario de Calidad de Vida: I.C.V.-2R. *Anales de Psiquiatría*, 14, 358-376.
- González, M.J., Florez, J.A. y Florez, P. (2000). Programa psicoterapéutico de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 320-329.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph. Londres: Oxford University.
- Harris, D.E. y Brown, T.R. (1978). Relationship of the Community Adaptation Schedule and the Personal Orientation Inventory: Two measures of positive mental health. *Community Mental Health Journal*, 10, 111-118.
- Heun, R., Burkart, M., Maier, W. y Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general populations. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 99, 171-178.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Jarne, A. y Requena, E. (1996). Conceptos fundamentales. En A. Jarne (dirs.), *Psicopatología clínica* (Vol. I, pp. 11-37). Barcelona: PPU.
- Jones, A. y Crandall, R. (1986). Validation of a Short Index of Self-Actualization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 63-73.
- Kapla, R.M., Sieber, W.J. y Ganiats, T.G. (1997). The Quality of Well-Being Scale: comparison of the interviewer-administered version with a self-administered questionnaire. *Psychology and Health*, 12, 783-791.
- Leak, G.K. y McCarthy, K. (1984). Relationship between type A behavior subscales and measures of positive mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1406-1408.
- Leventhal, H. y Colman, S. (1997). Quality of life: a process view. *Psychology and health*, 12, 753-767.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 55-74.
- Lloret, S. y Tomás, I. (1994). La medición del bienestar psicológico. En V. González (dir.), *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de salud mental* (pp. 43-60). Valencia: Nau llibres, Universidad de Valencia, Monografías de la U.I.P.O.T.
- Lluch, M.T. (1997). Consideraciones psico-sociales básicas. En G. Novel, M.T. Lluch y M.D. Miguel (dirs.), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 3-9). Barcelona: Masson.
- Lluch, M.T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental* 25, 42-55.
- Magaletta, P.R. y Oliver, J.M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- Miller, E. (1999). Positivism and clinical psychology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 1-6.
- Minsel, B., Becker, P. y Korchin, S. (1991). A cross-cultural view of positive mental health. Two orthogonal main factors replicable in four countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22, 157-181.

- Muñoz, R.F. (1997). Programas de prevención de la depresión. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (dirs.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 149-176). Madrid: Piramide.
- Neugarten, B.L., Havighrust, R.J. y Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Norusis, M.J. (1998). *SPSS Base 8.0 for Windows. User's guide*. Chicago: SPSS Inc.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica* (3º edic.). México: McGraw-Hill/ Interamericana de México.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Lozano, M. (1998). Técnicas de autocontrol. En J. Olivares y F.X. Méndez (Dirs.), *Técnicas de modificación de conducta*, 2ª edición (pp. 371-408). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie «Salud para todos», nº 1.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orley, P. y Saxena, P. (1998). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 44, 185-186.
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: preliminary findings. *Behavior Therapy*, 11, 109-121.
- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*, 2ª edición. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- Seva, A., Magallon, R., Merino, J.A. y Sarasola, A. (1990). Analysis of the positive mental health in the urban population of Saragosse (Spain) (Samar-89 proyect). *European Journal of Psychiatry*, 4 (4), 208-220.
- Shek, D.T.L. (1998). Adolescent positive mental health and psychological symptoms: a longitudinal study in a chinese context. *Psychologia*, 41, 217-225.
- Statistics Canada (1999). [en línea] Statistical Report on the health of Canadians. Last revised January 18, 2001. <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-570-XIE/partb.htm> [Consulta: 07/01/2002].
- Ugalde, M. y Lluch, M^T. (2001). Salud mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (dirs.), *Enfermería psiquiátrica y salud mental*, 2ª edición (pp. 21-30). Barcelona: Masson.
- Valera, S. (1996). Algunas consideraciones acerca del uso de indicadores en relación con los conceptos de calidad de vida y bienestar. *Intervención psicosocial*, 5, 31-38.
- Ware, J.E., Kosinski, M. y Keller, S. (1994). *SF-36 physical and mental summary scales: a user's manual*. Boston, Massachusetts: Health Institute, New England Medical Center.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group) (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.

Anexo

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA CSM+
(M.T. Lluch)

Hola. En primer lugar, darte las gracias anticipadamente por tu colaboración. En segundo lugar, te pedimos que contestes a unas preguntas breves sobre cuestiones generales. En el punto donde se pide el Código deberás anotar las 4 últimas cifras de tu número de teléfono.

CUESTIONES GENERALES

Código:

Edad:

Sexo: Masc..... Fem.....

Para contestar a las siguientes cuestiones, tacha con una X la respuesta que corresponda a tu situación

¿Tienes algún problema de salud física?

NO

SI Especificar:.....

¿Tienes algún problema de salud mental?

NO

SI Especificar:.....

En este último mes, ¿has tenido que ir al médico para algo?

NO

SI Especificar:.....

¿Has ido alguna vez a visitar a un psiquiatra o psicólogo?

NO

SI Especificar:.....

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

- Siempre o casi siempre
- A menudo o con bastante frecuencia
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.

POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1. me siento poco sensibilizada/o ante los problemas sociales				
2. me preocupa que la gente me critique				
3. Después de un fracaso me doy por vencida/o fácilmente				
4. me divierto mucho				
5. Cuando pienso en mi pasado, en general me siento insatisfecha/o de lo que he hecho				
6. me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
7. Los problemas me bloquean fácilmente				
8. Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
9. me gusto como soy				
10. En mi vida tengo ideales y metas que me gustaría alcanzar				
11. intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
12. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
13. soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
14. soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
15. creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
16. Cuando estoy nerviosa/o soy capaz de continuar funcionando adecuadamente				
17. confío en mi misma/o				
18. me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
19. Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
20. me cuesta encontrar cosas por las que valga la pena luchar				
21. A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
22. me adapto bien a los cambios				
23. trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
24. pienso que soy una persona poco inteligente				
25. me llevo mal con la gente				
26. me gusta ayudar a los demás				
27. me siento una persona independiente				
28. me resulta difícil aprender de las experiencias cotidianas de mi vida				
29. Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30. soy capaz de decir no cuando quiero decir no				

	BIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
31. me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí				
32. tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
33. soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
34. veo mi futuro con pesimismo				
35. Para mí, la vida es aburrida y monótona				
36. me siento a punto de explotar				
37. me resulta difícil tener opiniones personales				
38. Las contrariedades modifican sustancialmente mi forma de ser				
39. Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
40. pienso que soy una persona digna de confianza				
41. pienso en las necesidades de los demás				
42. estoy insatisfecha/o de las relaciones que tengo con mis amigos				
43. tengo dificultades para expresar el afecto que siento a las personas que quiero				
44. pienso que soy una persona sincera				
45. me ha gustado la idea de vivir sola/o				
46. A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
47. me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
48. me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				
49. tengo dificultades para tolerar las frustraciones				
50. tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
51. intento mejorar como persona				
52. soy capaz de estar con personas que sufren				
53. Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
54. A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
55. creo que soy una persona sociable				
56. Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
57. Cuando es necesario, soy capaz de mantener mis criterios				
58. A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
59. soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o				
60. Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				