



EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE RESILIENCIA SOBRE LOS NIVELES DE SALUD MENTAL POSITIVA¹

Recibido: septiembre 30 de 2015/**Revisado:** enero 18 de 2016/**Aceptado:** mayo 3 de 2016
Por: Adriana del Pilar Perugache Rodríguez², Mayra Alejandra Guerrero Rosero³, Sara Natalia Guerrero Caicedo⁴, Yenifer Alexandra Ortega Ortega⁵

Para citar este artículo/To reference this article/Para citar este artigo

Perugache, A., Guerrero, M., Guerrero, S. & Ortega, Y. (enero-junio, 2016). Efectos de un programa de resiliencia sobre los niveles de salud mental positiva. *Investigium IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, VII (1),76-91. Doi: <http://dx.doi.org/10.15658/CESMAG16.05070106>

RESUMEN

El artículo hace referencia a un estudio cuyo objetivo consistió en determinar el efecto de un programa de intervención en resiliencia sobre los niveles de salud mental positiva en estudiantes de grado sexto de básica secundaria. Se acogió una metodología de tipo explicativo con un diseño cuasi experimental. Se evaluó el nivel de la variable dependiente en el grupo de control y en el experimental a través de la prueba estandarizada y validada con la Escala Salud Mental Positiva de Lluch (1999), cuya fiabilidad en la correlación test-retest es de 0.85. Se aplicó la intervención en resiliencia al grupo experimental y, finalmente, se aplicó el pos-test en los dos grupos. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico *Predictive analytics software – statistics* (PASW statistics) versión 18. Una vez determinada la distribución normal de los datos y la varianza, se realizó el análisis estadístico utilizando las pruebas T de Student y Wilcoxon para muestras independientes. Respecto a los resultados, se pudo apreciar que después de la intervención, las puntuaciones de los participantes del grupo experimental, se incrementaron considerablemente en cada factor, pues se pasó del 5.1% de puntuaciones en nivel alto del pre-test, al 51.3% en nivel alto de la Escala de Salud Mental en el post-test del grupo experimental, donde $p < 0.05$ y $T = 11.597$. Como conclusión se tiene que el programa en resiliencia incrementa los niveles de Salud Mental Positiva en los estudiantes.

Palabras clave: resiliencia, salud mental, salud mental positiva.

¹ El artículo es producto de la investigación titulada: Efectos de un Programa de Resiliencia en los Niveles de Salud Mental Positiva de estudiantes de grado sexto de la Institución Educativa Municipal Nuestra Señora de Guadalupe del Corregimiento de Catambuco de la ciudad de Pasto, departamento de Nariño.

² Psicóloga. Magister en Neurorrehabilitación. Investigadora del grupo: Psicología y salud de la Universidad de Nariño. E-mail: adrianaperugache@yahoo.com.ar

³ Psicóloga. Investigadora del grupo: Psicología y salud de la Universidad de Nariño. E-mail: mayalegr@hotmail.com

⁴ Psicóloga. Especialista en organizaciones, responsabilidad social y desarrollo. Investigadora del grupo: Psicología y Salud de la Universidad de Nariño. E-mail: saraguerreroc@gmail.com

⁵ Estudiante de Psicología. Investigadora del grupo: Psicología y salud de la Universidad de Nariño. E-mail: haliz15@hotmail.com



EFFECTS OF A PROGRAM OF RESILIENCE ON THE LEVELS OF POSITIVE MENTAL HEALTH

ABSTRACT

The article refers to a study whose objective consisted to determine the effect of an intervention program on resilience on the levels of positive mental health in sixth graders from basic secondary. It filed a methodology of an explanatory type with a quasi-experimental design. The level of the dependent variable was evaluated in the control group and the experimental through standardized tests and validated with the Scale Health Mental Positive Lluich (1999), whose reliability in the correlation test-retest is 0.85. The intervention in resilience was applied to the group experimental and finally, the post-test was applied in the two groups. The statistical analysis was performed with statistical package, Predictive Analytics Software–statistics (PASW statistics) version 18. Once determined the normal distribution of the data and the variance, was performed statistical analysis using the Student T test and Wilcoxon for independent samples. Regarding the results, they were observed that after intervention, scores of participants in the experimental group, increased considerably in each factor, as became 5.1% of scores in the high level of the pre-test, to the 51.3% in high level of scale of Mental Health in the post-test of the experimental group, where $p < 0.05$ and $T = 11.597$. As Conclusion, is that the program in resilience increases levels of Positive Mental Health in students.

Keywords: resilience, mental health, positive mental health.

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE RESILIÊNCIA SOBRE OS NÍVEIS DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

RESUMO

O artigo refere-se a um estudo cujo objetivo foi determinar o efeito de um programa de intervenção na resiliência nos níveis de saúde mental positiva em estudantes de grado sexto de básica secundária. Foi usada uma metodologia de tipo explicativo com um design quase-experimental. Avaliou-se o nível da variável dependente no grupo de controle e no experimental através de testes padronizados e validados com a escala Saúde Mental Positiva de Lluich (1999), cuja confiabilidade na correlação teste-reteste é de 0,85. Foi aplicada a intervenção em resiliência ao grupo experimental e, finalmente, foi aplicado o pós-teste nos dois grupos. A análise estatística foi realizada utilizando o pacote estatístico *Predictive analytics software – statistics* (PASW statistics), versão 18. Tendo determinada a distribuição normal dos dados e variância, foi realizada a análise estatística usando os testes T de Student e Wilcoxon para amostras independentes. Em relação aos resultados, observou-se que após da intervenção, as pontuações dos participantes do grupo experimental, aumentaram significativamente em cada fator, pois se passou de 5,1% de pontuações em alto nível de pré-teste, para 51,3% no alto nível da Escala de Saúde Mental no pós-teste do grupo experimental, onde $p < 0,05$ e $T = 11.597$. Em conclusão, o programa aumenta os níveis de resiliência de saúde mental positiva nos alunos.

Palavras-chave: resiliência, saúde mental, saúde mental positiva.



INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta una postura positiva de la salud mental, la cual plantea que para el funcionamiento óptimo de la persona, se debe promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Hernández, Méndez & Soto, 2011). En este sentido, se tuvo en cuenta el modelo de salud mental positiva propuesto por Jahoda (1958 citado en Lluch, 2002), el cual está conformado por seis criterios generales, estos son: satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto-actualización y habilidades en las relaciones interpersonales. Estos factores son retomados por Lluch (2002), quien diseñó una escala con propiedades psicométricas para evaluar la salud mental positiva, la cual se utilizó para determinar los niveles de esta variable en la población objeto de estudio.

Así, la Salud Mental Positiva permite el desarrollo de acciones de promoción en diferentes entornos; para la investigación se intervino en el contexto educativo, con el propósito de facilitar la autonomía y el mejoramiento de las condiciones de vida sociales y personales de los estudiantes, y el ejercicio activo de los derechos y deberes en las elecciones y decisiones de su vida, tomando como referente los pilares de la resiliencia y profundizar en el conocimiento de sus factores, a fin de construir, en la comunidad educativa, un ambiente que los promueva desde el trabajo de los estudiantes, y lograr que, de esta manera, se puedan generalizar en la sociedad, ya que las metas de la resiliencia son la salud mental y emocional de las personas (Kalbermatter, Goyeneche & Heredia, 2006).

La resiliencia es un tema relevante dentro de las investigaciones en psicología y actualmente es estudiada su relación con otras variables como: el temperamento, los factores de personalidad, el ambiente y los recursos de las personas. Sobre la manera cómo se presenta esta característica en los individuos, se han realizado trabajos en diferentes contextos y con diversas poblaciones infantiles, entre ellos están: los desarrollados con niños expuestos al estrés, pobreza, disfunciones familiares, con disca-

pacidades físicas, en situación de abandono y con adolescentes en situación de discapacidad; los cuales han generado aportes significativos que evidencian la implicación favorable de la resiliencia para afrontar situaciones adversas en la vida cotidiana.

Así pues, dentro de esta investigación se diseñó e implementó un programa de Resiliencia con los estudiantes, el cual se desarrolló como un proceso dinámico en el que los factores psicológicos, sociales, ambientales y biológicos interactuaron para hacer que un individuo pueda desarrollar, mantener o recuperar su salud mental a pesar de la exposición a la adversidad (PreVail, 2011). Este programa se diseñó inicialmente teniendo en cuenta la revisión de referentes teóricos y los antecedentes del trabajo en resiliencia desarrollado con poblaciones de niños y adolescentes; posteriormente se analizaron las características psicosociales de los estudiantes con quienes se iba a trabajar, y se decidió que para el desarrollo del mismo se incluirían seis temáticas generales, las cuales fueron: empatía, resolución de conflictos, salud física-psicosocial, independencia, autocontrol y sentido de propósito y futuro. La manera cómo se estructuró el abordaje de las temáticas, tuvo en cuenta la edad de los participantes, quienes se encontraban en la infancia media, descrita por Petersen, Sxartz, Bhana y Flisher (2010) como un período donde los niños desarrollan nuevas capacidades en términos de funcionamiento cognitivo, emocional y social caracterizado por el inicio de la escolaridad primaria formal. Las temáticas mencionadas incluyeron subtemas que se abordaron a lo largo de 12 sesiones, en las que se retomaron bases conceptuales integradas a estrategias, ya que facilitan un aprendizaje significativo aplicable a situaciones y contextos reales, acordes a la etapa de desarrollo en la que se encontraban los participantes.

METODOLOGÍA

El estudio acogió un enfoque cuantitativo ya que se basó en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se estudió (Hueso & Cascant, 2012). El tipo de estudio fue explicativo, por cuanto buscó el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones



causa-efecto; y el diseño de investigación fue cuasi experimental -con pre-test y post-test-, ya que no existió ningún tipo de aleatorización en la asignación de los sujetos a los grupos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Se utilizó un muestreo por conveniencia, se trabajó con grupos previamente establecidos al seleccionar a los sujetos siguiendo determinados criterios de similitud, como: igual número de participantes, rangos de edad y etapa de desarrollo similares, distribución equitativa de género en cada grupo y jornada escolar igual, procurando en la medida de lo posible que la muestra sea representativa. En cuanto a los y las participantes, el estudio se llevó a cabo con 52 niños de grado sexto; según el sexo, la población estuvo conformada por 25 mujeres y 27 hombres (48% y 52% de la población respectivamente) en edades comprendidas entre los 11 y 13 años.

Instrumentos. Como instrumento se utilizó la Escala para evaluar Salud Mental Positiva de Lluch (1999); este es un instrumento de *screening* para la valoración del nivel de salud mental positiva en población general; sirve para evaluar la eficacia de programas de promoción de la salud mental dirigidos a potenciar las habilidades y los recursos personales; consiste en un cuestionario de 39 ítems, en donde los niveles bajos de la prueba oscilan entre 39 a 78, medios de 79 a 117 y altos 118 a 156, y están distribuidos, para cada factor, en las siguientes puntuaciones mínimas y máximas:

Factor 1 *Satisfacción personal*: 8 ítems, puntuaciones: 8 mínimo y 32 máximo.

Factor 2 *Actitud pro-social*: 5 ítems, puntuaciones: 5 mínimo y 20 máximo.

Factor 3 *Autocontrol*: 5 ítems, puntuaciones: 5 mínimo y 20 máximo.

Factor 4 *Autonomía*: 5 ítems, puntuaciones: 5 mínimo y 20 máximo.

Factor 5 *Resolución de problemas y auto-actualización*: 9 ítems, puntuaciones: 9 mínimo y 36 máximo.

Factor 6 *Habilidades de relación interpersonal*: 7 ítems, puntuaciones: 7 mínimo y 28 máximo.

Variabes. En este estudio se manipularon tres tipos de variables:

Variable dependiente: hace relación a niveles de Salud Mental Positiva, la cual se define como el estado de funcionamiento óptimo de la persona; esta variable requiere la promoción de las cualidades del ser humano y el facilitar su máximo desarrollo y potencial (Hernández et al., 2011). Esta incluye seis componentes que son: satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto-actualización y habilidades de relación interpersonal.

Variable independiente: se trata del programa de intervención en resiliencia: entendida como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad. Al tener en cuenta los aportes de Melillo y Suárez (2004) y Kalbermatter et al. (2006), se consideraron dentro del diseño del programa, los siguientes factores de la resiliencia: empatía, resolución de conflictos, salud física-psicosocial, independencia, autocontrol y sentido de propósito y futuro.

Variabes extrañas: para garantizar una eficacia del tratamiento, se ejerció control sobre nueve variables que se consideró podrían afectar los resultados, para tratar de mantener una homogeneidad en la aplicación del tratamiento, éstas fueron: lugar de intervención, tiempos de intervención, material y metodología de trabajo, edad de los estudiantes, grado escolar, sede de la institución, asistencia al programa de intervención, evaluación de la escala de salud mental positiva y vivencia de eventos adversos.

Hipótesis. Se planteó la siguiente hipótesis:

Hipótesis de trabajo: la implementación de un programa de intervención en resiliencia incrementa los niveles de Salud Mental Positiva en estudiantes de grado sexto de la Institución Educativa Municipal Nuestra Señora de Guadalupe del Corregimiento de Catambuco.

Procedimiento. Al tener en cuenta que es un estudio con personas y que median unos valores sociales y unos criterios éticos, inicialmente se solicitó la autorización de los padres de familia a través del diligenciamiento de un consentimiento informado; por su parte, los estudiantes dieron su asentimiento



para participar en la investigación. Estos aspectos éticos fueron revisados y avalados por la Institución educativa donde se llevó a cabo la intervención y por la Universidad de Nariño. Para iniciar con el proceso planteado, se llevó a cabo la aplicación de la prueba piloto y se realizaron los subsecuentes ajustes al programa inicialmente trazado. Posteriormente, se realizó la aplicación de la escala de *Salud Mental Positiva* de Llach (1999) a las personas que formaron los grupos experimental y de control, para determinar los niveles de presentación de la variable -salud mental positiva- antes de la aplicación del programa. Subsecuentemente a la finalización de la intervención, se aplicó el programa de intervención en resiliencia, el cual resultó del proceso que incluyó: la revisión teórica, marco de antecedentes, evaluación por jueces y prueba piloto. El cuerpo del programa tuvo en cuenta los planteamientos de Henderson (2006), Kalbermatter et al. (2006), Melillo y Suarez (2004), entre otros.

Las doce sesiones se distribuyeron en dos semanales, durante las cuales se aplicaron estrategias como: talleres, juego de roles, juegos, narrativa oral, expresión corporal y artística. Concluido el programa de intervención en resiliencia, se aplicó simultáneamente en el grupo de control y en el experimental, el pos – test de la *Escala Salud Mental Positiva* de Llach (1999), con el fin de obtener información sobre los niveles de presentación de la variable después del desarrollo de la intervención, determinar los efectos del programa y especificar las variaciones en los niveles de salud mental positiva de los participantes.

Diseño y ejecución del Programa de intervención

El programa de intervención preliminar fue presentado a jueces evaluadores, quienes retroalimentaron la construcción teórica e hicieron recomendaciones y sugerencias para su mejoramiento. Una vez realizadas las correcciones, se procedió a aplicar la prueba piloto a una muestra de cinco estudiantes de la población, se analizaron los resultados obtenidos en las pruebas y en el desarrollo mismo de las sesiones, para proceder a diseñar la versión final del programa, descrita a continuación.

Primero se propuso trabajar con cuatro temáticas troncales, las cuales fueron: experiencias positivas en el ámbito de participación, empatía, educación sobre autocuidado y resolución de conflictos. Después de la aplicación de la prueba piloto, se advirtió la importancia de incluir dos categorías más, para que los efectos del programa sean más significativos en la salud mental positiva de los estudiantes.

Tomando como base a Henderson (2006), las temáticas generales que se abordaron en el programa, se dividieron en subtemas específicos que se abordaron para cada sesión de trabajo, de la manera descrita a continuación:

1. **Empatía:** aquí se abarcó la habilidad para establecer relaciones interpersonales y aspectos de la empatía cognitiva y afectiva, lo cual permite fomentar relaciones positivas con diferentes personas, reconocer estados afectivos propios y de los demás y mantener la autosatisfacción.
2. **Resolución de conflictos:** se trabajó la toma de decisiones y la perspectiva positiva de situaciones conflictivas; implicó considerar diferentes opiniones de un evento particular, al considerar sus posibilidades y oportunidades para encontrar soluciones que generen bienestar personal y social.
3. **Salud física y psicosocial:** se abordaron la participación social y los factores de autocuidado; esto hace referencia a la influencia social, la reciprocidad y la corresponsabilidad en las prácticas de autocuidado que generan bienestar integral de los individuos y su comunidad.
4. **Independencia:** se desarrolló a partir de los referentes de autonomía y eficacia para el desarrollo de actividades, al considerar el reconocimiento de cualidades personales a través de ideas, imágenes y creencias que se tienen de sí mismo y cómo éstas fortalecen la capacidad de hacer frente a diversas situaciones.
5. **Autocontrol:** se trabajaron las estrategias de afrontamiento y la competencia y el equilibrio



emocional, lo que permitió el reconocimiento y manejo adecuado de las emociones al enfrentar situaciones que generan crisis en la persona.

6. Sentido de propósito y futuro: se abordó el auto-concepto y la motivación, lo que implicó reconocer las capacidades y habilidades propias, relacionadas con gustos e intereses que conllevan al planteamiento de logros y metas deseadas.

Después de realizar los ajustes al programa piloto, se aplicó el programa de resiliencia con el grupo experimental, el cual se desarrolló a lo largo de 12 sesiones distribuidas en dos semanales que se correspondieron con las siguientes temáticas: empatía, resolución de conflictos, salud física y psicosocial, independencia, autocontrol y sentido de propósito y futuro. Estas sesiones se desarrollaron dentro de la jornada escolar los días lunes y miércoles, en la cuarta hora de clases, en el aula correspondiente, el tiempo de intervención establecido fue de 50 minutos para cada sesión, evitando prolongaciones y disminución sustancial del tiempo.

Plan de análisis de datos

El análisis estadístico se realizó mediante la comparación de los resultados iniciales y finales obtenidos por el grupo de control y el experimental en la *Escala Salud Mental Positiva* de Lluich (1999). Para ello se utilizaron tres pruebas estadísticas: la prueba de Kolmogórov-smirnov que permitió determinar la distribución normal de los datos obtenidos; la prueba Levene que mostró varianzas similares en el pre-test del grupo experimental y el de control para cada uno de los factores; sin embargo, para los puntajes totales de la escala se presentó heterocedasticidad, lo cual indicó que las varianzas son diferentes en los dos grupos; en el post-test, la prueba indicó que existía igualdad en las varianzas del grupo de control y en el experimental, excepto para el factor 5, en el cual el $p < 0.05$.

Debido a que no se encontró una distribución normal de los datos, se procedió a aplicar la prueba no paramétrica de los signos de Wilcoxon, la

cual indicó en el pre-test, que el p valor es 0.905, por lo cual se pudo afirmar que los grupos tenían niveles iguales de Salud Mental Positiva; mientras en el post-test, el p fue igual a 0.000, lo que indicó diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Una vez determinada la distribución normal de los datos y la igualdad de varianzas, se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes, que permitió evaluar si los dos grupos (experimental y control) tenían diferencias estadísticamente significativas entre sí; de ahí que en el pre-test, de los grupos de control y experimental, se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas entre sí, puesto que para los factores evaluados el $p > 0.05$, con lo cual se demostró que los dos grupos tenían niveles iguales de Salud Mental Positiva; mientras en el post-test, se encontró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Salud Mental Positiva, puesto que el $p < 0.05$.

El análisis se realizó mediante la aplicación del paquete estadístico *Predictive analytics software – statistics* (PASW statistics) versión 18 antiguo (*statistical package for the social sciences –SPSS*).

RESULTADOS

Resultados aplicación pre-test grupo experimental

La figura 1 indica la distribución en porcentajes de las puntuaciones del grupo experimental en el pre-test, para cada uno de los factores que evalúa la Escala de Salud Mental Positiva, a saber: satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y relaciones interpersonales. Se puede observar que todos los participantes de este grupo tienen puntuaciones en el nivel bajo y medio.

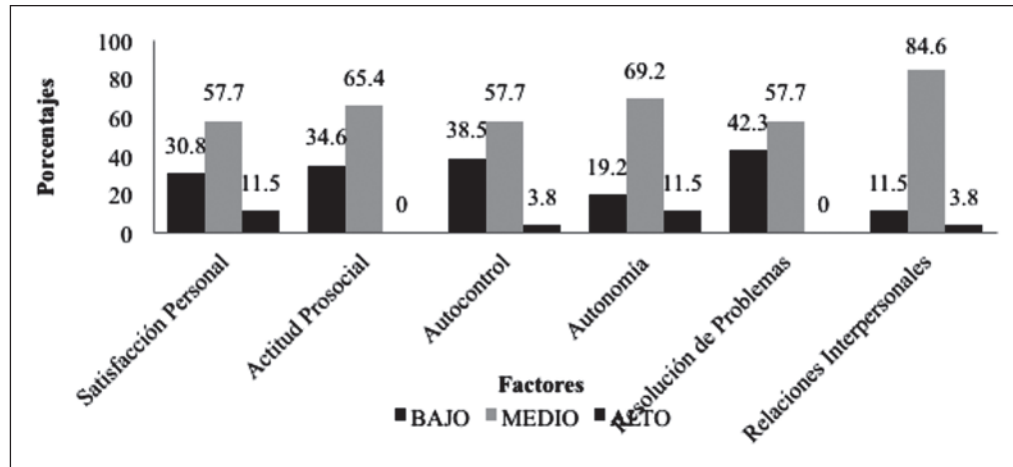


Figura 1. Distribución en porcentajes de la Escala de Salud Mental Positiva en el pre-test del grupo experimental.

La tabla 1 siguiente indica las puntuaciones mínimas y máximas para cada factor y la escala total, al igual que la desviación estándar para el pre-test en general (4.612), la cual muestra el grado de dispersión de los datos en torno a la media (93.92), indicando que los datos son más homogéneos.

Tabla 1. Distribución de las puntuaciones de la Escala de Salud Mental Positiva en el pre-test del grupo experimental.

	Estadísticos Descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Pre/ex_f1	26	14	29	19.42	3.941
Pre/ex_f2	26	7	16	10.88	1.925
Pre/ex_f3	26	8	17	11.81	2.400
Pre/ex_f4	26	9	22	14.12	3.115
Pre/ex_f5	26	11	26	20.27	3.822
Pre/ex_f6	26	11	23	17.69	2.680
Totalidad	26	82	103	93.92	4.612
N válido (según lista)	26				

Resultados aplicación pre-test grupo control

En la figura 2 se observa que las puntuaciones del pre-test para el grupo control, se distribuyen en

el nivel bajo y medio de la Escala de Salud Mental Positiva para todos los participantes.

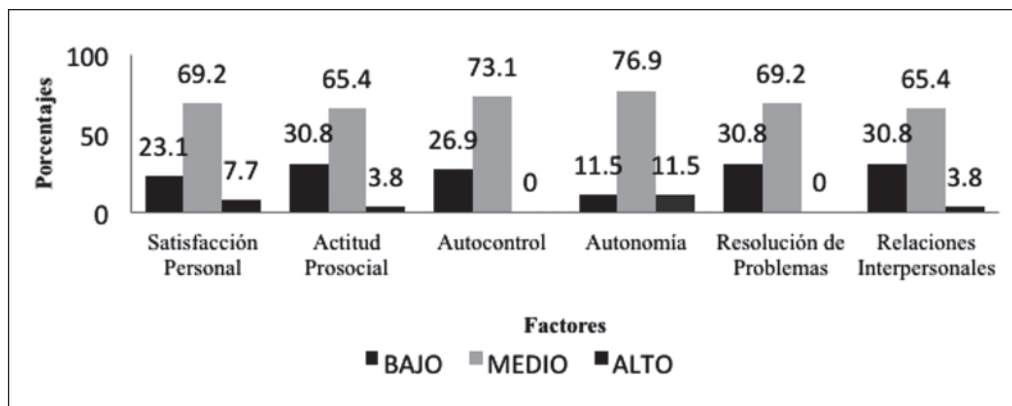
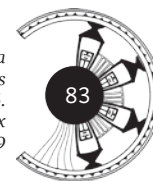


Figura 2. Distribución en porcentajes de las puntuaciones de la Escala de Salud Mental Positiva en el pre-test del grupo control.

La tabla 2 indica las puntuaciones mínimas y máximas para cada factor, al igual que la desviación estándar para el pre-test en general del grupo de control, correspondiente a 7.5; debido a esta desviación, se infiere que los datos son más homogéneos, pues la media equivale a 93.31.

Tabla 2. Distribución de las puntuaciones de la Escala de Salud Mental Positiva en el pre-test del grupo control

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Pre/conf1	26	12	26	18.81	3.795
Pre/conf2	26	8	17	11.96	2.306
Pre/conf3	26	7	16	12.08	2.279
Pre/conf4	26	8	17	13.23	2.455
Pre/conf5	26	16	27	20.38	3.099
Pre/conf6	26	11	23	16.85	3.283
Totalidad	26	79	105	93.31	7.572
N válido (según lista)	26				

Análisis de la pre-prueba en los grupos

Se aplica la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra con el fin de determinar la distribución normal de los datos obtenidos en el pre-test del grupo de control y en el pre-test del grupo experimental, lo cual se comprueba con el $p > 0.05$, con lo que se encuentra normalidad en la distribución de los datos para los factores y para el total de la escala.

Con la aplicación de la prueba Levene se establece la homocedasticidad, encontrando varianzas similares en el pre-test del grupo experimental y de control para los factores; sin embargo, para los puntajes totales de la escala se presenta heterocedasticidad, lo cual indica que las varianzas son diferentes en los dos grupos; por ello, para los factores individuales se aplica la estadística paramétrica, ya que se cumplen



los supuestos de normalidad y homocedasticidad, contrario a lo que ocurre con los totales, donde se aplica una estadística No paramétrica, ya que no se cumplen estos supuestos.

Las anteriores pruebas permitieron determinar la homogeneidad de los datos para los factores; por tanto se cumplen las condiciones para aplicar la prueba T de student para muestras independientes. En el grupo de control y en el experimental, se observa que no tienen diferencias estadísticamente significativas entre sí, puesto que para los factores evaluados el $p > 0.05$, con lo cual se infiere que no existen diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos.

Para el caso de los totales, como no existe homocedasticidad, se asumen los valores estadísticos

para varianzas desiguales, se determina que p es igual 0.725 y T es igual a 0.354. Esto se corrobora al aplicar la prueba no paramétrica de Wilcoxon, en la cual el valor de p es 0.905, por lo cual se puede afirmar que no hay diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos.

Resultados aplicación post- test de grupo experimental

En la aplicación del post-test en el grupo experimental, se evidenció que las puntuaciones de los participantes en cada factor se incrementaron considerablemente, pues se pasó del 5.1% de puntuaciones en nivel alto del pre-test, al 51.3% en nivel alto de la Escala de Salud Mental en el post-test del grupo experimental (véase figura 3).

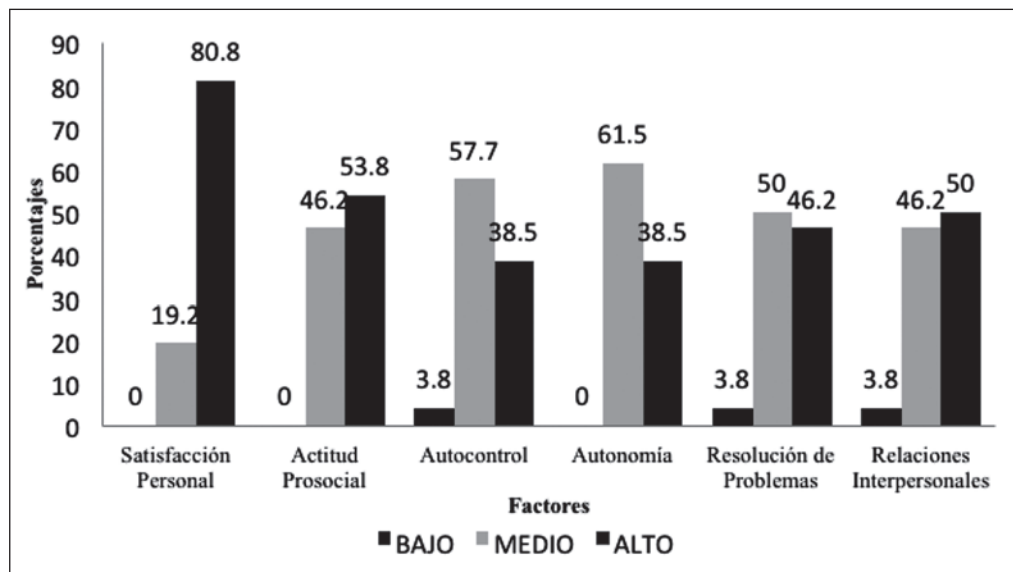


Figura 3. Distribución en porcentajes de la Escala de Salud Mental Positiva en el post-test del grupo experimental.

La tabla 3 que sigue, indica los puntajes mínimos y máximos del post-test del grupo experimental y la desviación estándar (11.062), lo cual indica el grado de dispersión de los datos en torno a la media (123.96), revelando que los datos son más heterogéneos y tienen un aumento con respecto al pre-test.



Tabla 3. Distribución de las puntuaciones de la Escala de Salud Mental Positiva en el post-test del grupo experimental

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Post/expf1	26	20	32	28.12	3.339
Post/expf2	26	11	20	16.00	2.332
Post/expf3	26	10	20	15.54	3.178
Post/expf4	26	12	19	15.46	2.102
Post/expf5	26	12	36	26.85	5.128
Post/expf6	26	14	28	22.00	3.370
Totalidad	26	103	144	123.96	11.062
N válido (según lista)	26				

Resultados aplicación post- test de grupo de control

En la figura 4 se exponen los niveles de presentación de la variable del grupo de control en el post-test, observándose que el 92.6% de las puntuaciones de los participantes están en el nivel medio en la Escala de Salud Mental Positiva.

A continuación se exponen los puntajes mínimos y máximos del post-test del grupo de control; la desviación estándar indica que los datos están dispersos 8.8 en torno a la media que corresponde a 91.69, lo que igual muestra que los datos siguen siendo homogéneos (véase tabla 4).

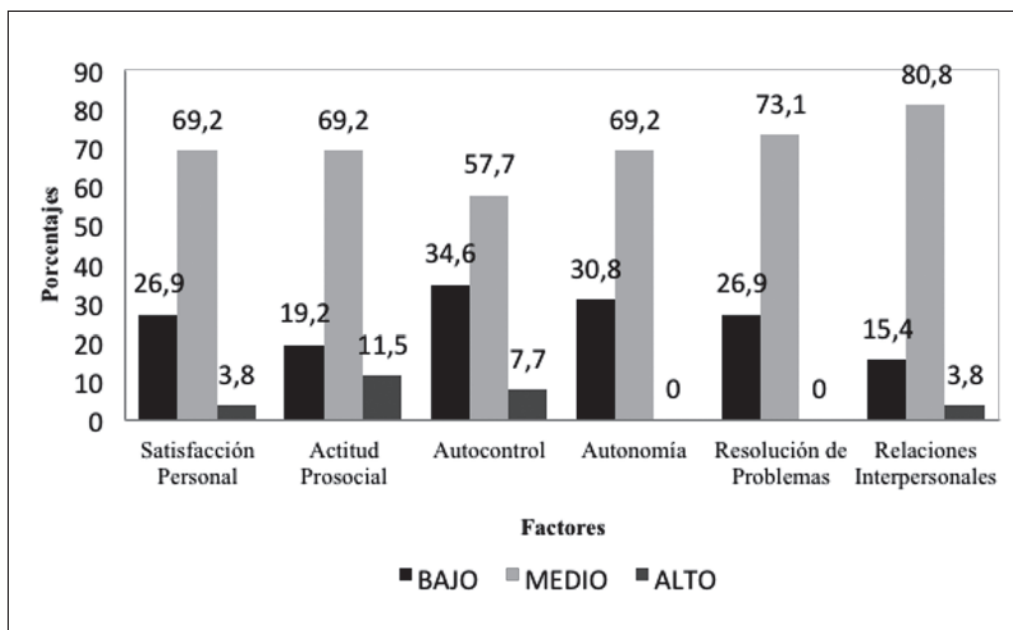


Figura 4. Distribución en porcentajes de las puntuaciones de la Escala de Salud Mental Positiva en el post-test del grupo de control.



Tabla 4. Distribución de las puntuaciones de la Escala de Salud Mental Positiva en el post-test del grupo control

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	
Post/conf1	26	12	26	18.65	3.486	
Post/conf2	26	6	18	12.27	3.093	
Post/conf3	26	8	19	11.96	2.973	
Post/conf4	26	5	16	11.69	2.881	
Post/conf5	26	14	24	20.19	2.530	
Post/conf6	26	13	24	16.92	2.448	
Totalidad	26	74	106	91.69	8.885	

Análisis de grupos Post-prueba

En la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, la distribución de los datos obtenidos en el post-test del grupo experimental y de control para los factores, no se ajustan a la distribución normal ya que el $p < 0.05$; aun así, en la escala total se observa distribución normal de los datos por cuanto el $p > 0.05$, y Sig. igual a 0.987 y 0.951 para el grupo experimental y de control respectivamente, lo que indica que la distribución de los datos se ajusta a la normalidad esperada.

Con la aplicación de la prueba Levene se determinó la homocedasticidad, evidenciando que existe igualdad en las varianzas de los grupos control y experimental, excepto para el factor 5, en el cual el $p < 0.05$. Posterior a la aplicación de la prueba Kolmogorov y Levene, se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes, con el fin

de determinar las diferencias para los totales de los post-test en el grupo de control y en el experimental; como resultado se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Salud Mental Positiva, puesto que el $p < 0.05$ y T igual a 11.597 (véase tabla 5).

Debido a que para el resultado de los totales se requiere análisis estadístico no paramétrico, en el caso de los factores -satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y relaciones interpersonales-, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras independientes, ya que en la prueba de Kolmogorov los datos no tuvieron una distribución normal y el factor 5 presenta heterocedasticidad en la prueba Levene. Como resultado se obtuvo p igual a 0.000, lo que indica que las diferencias estadísticas son significativas al evaluar los puntajes post-tests de los dos grupos.

Tabla 5. Prueba Levene y T de Student en el total de la escala del post-test de grupo experimental y control

F		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias				
		Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	
Post_ Total	Se han asumido varianzas iguales	1.562	.217	11.597	50	.000	32.269	2.783



DISCUSIÓN

Los resultados del estudio indican que la intervención realizada generó cambios estadísticamente significativos en los niveles de Salud Mental Positiva en el grupo experimental, lo que demuestra que el programa de resiliencia fue efectivo al incrementar los niveles de esta variable, ya que los componentes están relacionados, con lo que se confirman los planteamientos de autores como Melillo y Suarez (2004), quienes establecen una relación entre resiliencia y salud mental al considerar a la resiliencia como una alternativa para el desarrollo de la salud mental positiva, ya que ésta permite tolerar, manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas, conductuales y sociales provenientes de experiencias traumáticas, aspectos fundamentales para lograr una salud mental positiva (Quiñones, 2007).

Jahoda (citado en Lluch, 2002) articula la concepción de salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples factores, en la que incluye seis criterios generales, los cuales Lluch (2002), operacionaliza construyendo un modelo de evaluación con propiedades psicométricas, que contiene los siguientes factores: satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto-actualización y habilidades de relación interpersonal; los cuales se evalúan en el pre-test y post-test, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en los resultados del grupo experimental; en el grupo de control se mantuvo el mismo porcentaje en cada criterio evaluado.

La diferencia mencionada, se relaciona con el programa de intervención desarrollado con el grupo experimental, en el que se abordaron temáticas que tuvieron en cuenta los factores protectores de salud mental. Con la intervención se generaron expectativas saludables, se promovió que los participantes dirijan sus acciones hacia objetivos, se orienten hacia la consecución de los mismos, muestren motivación para los logros y sentido de la anticipación y coherencia. Todos estos elementos se incluyeron considerando los planteamientos de Patel, Flisher, Hetrick y McGorry (2007), quienes encontraron que los programas de resiliencia y de habilidades para la

vida que ayudan a los adolescentes a hacer frente a situaciones complejas, deben incluir el abordaje de temas como: la toma de decisiones, la comunicación interpersonal efectiva y la autorregulación; programas que según Breinbauer y Maddaleno (2005), ayudan a la construcción de una autoestima positiva y un auto-concepto que, a su vez, está asociado con un menor número de problemas emocionales, menos conductas sexuales de riesgo y uso de drogas y un mejor desempeño en la escuela.

De acuerdo a lo dicho, se deduce que los estudiantes del grupo experimental, en su mayoría tienen un concepto favorable de sí mismos, están satisfechos con su vida personal y conciben perspectivas de futuro. Estos resultados están acordes con los planteamientos de Park (2004), quién considera que la satisfacción con la vida desempeña un papel importante en el desarrollo positivo, funciona como un indicador, mediador, moderador y una consecuencia; cuando está en niveles altos se asocia a una buena adaptación y salud óptima, lo cual se destaca en los estudiantes del grupo experimental.

En lo que respecta al segundo factor, denominado actitud pro-social, se pueden apreciar puntuaciones altas en el post-test del grupo experimental. Los participantes muestran mayor predisposición activa hacia lo social, y una mejoría en la actitud social *altruista*, de ayuda o apoyo hacia los demás. El citado Lluch precisa que la persona con actitud pro-social tiene mayor habilidad para entender e interpretar correctamente las actitudes y sentimientos de los demás, por tanto es capaz de percibir con precisión y actitud las situaciones desde otros puntos de vista, anticipa y predice el comportamiento de las personas con las que interactúa. Este cambio se atribuye a la intervención ya que se trabajó sobre la empatía, haciendo énfasis en la creación de relaciones positivas con diferentes personas, el reconocimiento de los estados afectivos propios y de los demás y en el mantenimiento de la autosatisfacción.

En concordancia a lo anterior, las diferencias entre los grupos se pueden argumentar desde los planteamientos de Velásquez, Martínez y Cumsille (2004), quienes afirman que:



La actitud pro-social depende de la disponibilidad de oportunidades de participación existentes en una comunidad, las cuales generan a su vez oportunidades de contribuir al bienestar de los otros, favoreciendo la identificación con el bien común y el desarrollo de valores pro-sociales. (p. 85-98)

Así, el programa de intervención en el grupo experimental, facilitó en los estudiantes el reconocimiento de los aportes personales en sus contextos sociales. De igual manera, Van der Merwe y Dawes (2007) manifiestan que la formación en habilidades específicamente interpersonales y sociales ayudan a reducir el comportamiento violento y antisocial en las personas.

Para el tercer factor, autocontrol, se encuentra una gran diferencia en las puntuaciones del pre-test y el post-test del grupo experimental, ya que después de la intervención, los porcentajes de este grupo se distribuyeron en niveles medios y altos, y el grupo de control en niveles medios y bajos. Este factor se retoma en el desarrollo de la intervención al fortalecer las habilidades y estrategias de control en los estudiantes para alcanzar unos objetivos previamente determinados, pues en el estudio se tienen en cuenta dos manifestaciones: el autocontrol emocional -que implica elementos como: aprender a controlar y expresar las emociones de forma adecuada- y el autocontrol conductual -que hace referencia a ser autónomo, funcionar de forma independiente a los demás, autorregularse y satisfacer necesidades propias (Bisquerra & Pérez, 2007).

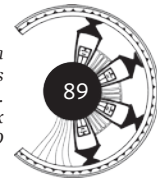
Con la intervención realizada se logró que los participantes del grupo experimental reconocieran que para el autocontrol se requiere saber detectar necesidades, desarrollar habilidades relativas al lenguaje -auto-instrucciones- y al pensamiento -evaluar la realidad y sus propias posibilidades-, saber esperar y renunciar -educar en la perseverancia, terminar las cosas, no abandonar- y controlar la ansiedad -ofrecer actividades que contrarresten la ansiedad- (Bisquerra & Pérez, 2007).

Con los resultados estadísticos de este criterio y los planteamientos de Lluch (2002), es posible determinar que los estudiantes participantes de

programas de intervención, fortalecen su capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas, esto asociado con el equilibrio y el control de las emociones para lograr su funcionamiento adaptativo. Forsman Nordmyr y Wahlbeck (2011) consideran que recursos psicológicos individuales como la autoestima y el autocontrol pueden prevenir los problemas asociados con la salud mental en la vejez y evitar los síntomas depresivos.

Los resultados obtenidos por los estudiantes en el factor de autonomía, muestran que la mayoría de ellos la fortalecieron y tienen criterios propios; lograron independencia, autorregulación de la propia conducta y seguridad personal o confianza en sí mismos. Los participantes reconocen un grado de dependencia/independencia ya que identifican que su relación con el mundo está ligada a las influencias sociales de su entorno familiar, escolar y social. Durante el desarrollo del programa se vio la necesidad de reforzar estrategias de independencia y confianza en sí mismo; como lo argumenta Lluch (2002), la autonomía es un indicador de la salud mental, en lo cual la persona no depende fundamentalmente del mundo y de los demás por cuanto tiene la capacidad de dirigir su vida y tomar decisiones al evaluar consecuencias en las situaciones de elección de opciones.

Para el factor de resolución de problemas, la significativa diferencia entre los dos grupos en el pre-test y el post-test, se debe a los efectos del programa de intervención en el grupo experimental, en el cual se desarrolla la temática de resolución de conflictos, se logra que los estudiantes identifiquen los diferentes aspectos que están inmersos en la resolución de conflictos, como son: la toma de decisiones, la forma de analizar la elección de soluciones a partir de la identificación de la disponibilidad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentar situaciones cotidianas y la manera de aumentar la probabilidad de escoger la respuesta más eficaz entre las distintas alternativas. Todos esos aspectos se sustentan también desde lo planteado por Sturgeon (2007), quien manifiesta que las escuelas son lugares obvios para los programas de promoción de la salud mental, los cuales tienen un gran impacto en cuestiones como la mejora de las habilidades de



resolución de problemas y la reducción del abuso de sustancias, la intimidación y la agresión.

Respecto al factor auto-actualización, al tener en cuenta los resultados y la diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el post y pre-test, se considera que los estudiantes del grupo experimental, en su mayoría están en capacidad de analizar, tomar decisiones, mantener flexibilidad para adaptarse a los cambios y tener la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo. Según Lluh (2002), esto se vincula con el criterio de actitud pro-social y la habilidad para establecer relaciones interpersonales impulsadas por la auto-actualización, que genera el deseo de crecimiento y superación personal, como elemento esencial en el proceso de resolución de problemas.

Los resultados estadísticos indican que para el factor habilidad para establecer relaciones interpersonales, en la evaluación pre-test del grupo experimental, se obtuvieron puntuaciones bajas, a diferencia del post-test, donde las puntuaciones oscilan entre los niveles altos y medios. Esta diferencia se puede relacionar con el hecho de que en el programa de intervención se hizo énfasis en la empatía como un elemento indispensable para establecer relaciones interpersonales, se trabajó sobre la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás y discriminar entre el propio yo y el de los demás, teniendo en cuenta una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás. De ahí que los estudiantes reconocen su capacidad para entender los sentimientos de los demás, la habilidad para dar apoyo emocional y establecer relaciones personales íntimas con personas cercanas. Atendiendo a los planteamientos del autor citado, se reconoce que la capacidad para interactuar con otras personas depende en gran medida del logro de objetivos que interesan a todos, pero que, a la vez, favorecen el desarrollo personal. Por su parte, Navarro (2008) lo vincula con las características humanas de la socialización, al plantear que la interacción social es la capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones interpersonales tendientes a satisfacer la necesidad del ser humano.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con el grupo experimental, permiten confirmar la hipótesis de trabajo, la cual plantea que la implementación de un programa de intervención en resiliencia incrementa los niveles de salud mental positiva en los estudiantes escolarizados, lo cual se sustenta con el postulado de Forsman et al. (2011), quienes encontraron que las intervenciones psicosociales tienen un efecto positivo en la calidad de vida y la salud mental positiva de las personas, al igual que las intervenciones combinadas, enfocadas en actividades sociales, las cuales mejoran significativamente la salud mental positiva, satisfacción con la vida y la calidad de vida y la reducción de los síntomas depresivos.

Cabe mencionar que la promoción de la salud mental implica la creación de unas condiciones de empoderamiento tanto a nivel individual y social como ambiental y posibilitar la salud y el desarrollo óptimos, lo que lleva a las personas a involucrarse en el proceso de lograr una salud mental positiva y la mejora de la calidad de vida.

La salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes, por lo cual es una prioridad fomentar su salud social y emocional; esto se logra al fortalecer los recursos personales para responsabilizarse en el cuidado de su salud, asumir estilos de vida saludable y crear entornos que posibiliten el desarrollo integral.

De acuerdo a lo anterior, la intervención en resiliencia tiene efectos sobre la salud mental positiva de los estudiantes, lo cual se confirma con la diferencia estadísticamente significativa entre el grupo experimental y de control en el post test; y se reconoce que el trabajo en los factores de la resiliencia -empatía, resolución de conflictos, salud física y psicosocial, independencia, autocontrol y sentido de propósito y futuro-, inciden directamente en los niveles de salud mental positiva de los estudiantes que participaron en la intervención.



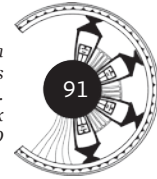
El presente trabajo constituye una herramienta que aporta a los procesos académicos e investigativos afines a la temática de salud mental y resiliencia; además brinda una perspectiva de la aplicación práctica de los temas en este contexto.

Para la construcción de programas de intervención, se deben tener en cuenta referentes teóricos, antecedentes, estrategias y metodologías acordes a la población, para lograr efectos significativos en su aplicación, que trasciendan en las vivencias particulares de los participantes. Este impacto se determina con la evaluación constante de los procesos y la retroalimentación del trabajo desarrollado.

Finalmente, cabe resaltar que es importante desarrollar programas de salud mental que hagan énfasis en la promoción e intervención temprana, para fortalecer los factores de protección que tengan en cuenta el desarrollo emocional positivo y la creación de ambientes saludables que eviten trastornos mentales en la población, los cuales demandan mayores recursos económicos y humanos, pues existe un número significativo de programas de salud mental basados en la evidencia, que demuestran que las intervenciones bien diseñadas contribuyen significativamente en la salud mental y el bienestar de la población educativa.

REFERENCIAS

- Bisquerra, A. & Pérez, E. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Breinbauer, C & Maddaleno, M. (2005) *Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington: Pan American Health Organization, WHO. Recuperado de https://books.google.com.co/books?id=goqyfO8Kk-FIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Forsman, A; Nordmyr, J & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(1), 85-107.
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona, España: Gedisa.
- Hernández, N.; Méndez, G. & Soto, C. (2011). *La salud mental una cuestión de derechos humanos*. Ibagué, Colombia: Universidad del Tolima.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Mc-Graw Hill.
- Hueso, A. & Cascant, M. (2012). *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. Cuadernos docentes en procesos de desarrollo número 1. España: Universidad Politécnica de Valencia. Recuperado de https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodologia%20C3%A3%ADa%20y%20t%20C3%A9nicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%C3%B3n_6060.pdf?sequence=3.
- Kalbermatter, M.; Goyeneche, S. & Heredia, R. (2006). *Resiliente se nace, se hace, se rehace: talleres de resiliencia y valores para niños y adolescentes*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar salud mental positiva*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- Melillo, A. & Suárez, E. (2004). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Navarro, G. (2008). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development the annals. *American academy of political and social science*, 591(3),



- 25-39. Recuperado de: <http://www.aapss.org/list-1890-2009.htm>
- Patel, V.; Flisher, A.; Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of Young people: a global public – health challenge. *Lancet*, 369(3), 1302-13.
- Petersen, I.; Sxartz, L.; Bhana, A. & Flisher, A. (2010). Mental health promotion initiatives for children and youth in contexts of poverty: the case of South Africa. *Health Promotion International*, 25(3), 331-341.
- PreVAiL. (2011). *Preventing violence across the lifespan research network. Theme 2: Resilience*. Recuperado de: <http://www.prevailresearch.ca/>
- Quiñones, M. (2007). *Resiliencia. Significación creativa de la adversidad*. Bogotá, Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Sturgeon, S. (2007). Health promotion challenges, Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(S1), 36-41.
- Van der Merwe, A. & Dawes, A. (2007). Youth violence: A review of risk factors, causal pathways and effective intervention. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 95-113.
- Velásquez, E., Martínez, M. & Cumsille, P. (2004). Expectativas de autoeficacia y actitud pro-social asociadas a la participación ciudadana en jóvenes. *Psyche*, 13(2), 85-98.